



**\*PLEASE MAKE COPY to edit**

## Senior Farmers Market Nutrition Program

### Participant Proxy Process

Any eligible senior can have a proxy pick up and spend SFMNP vouchers for them at participating markets. The proxy will need to bring the following to the market information booth to obtain vouchers:

1. A completed proxy letter filled out by the participant (see below for template).
2. A photocopy or picture of the participant's picture ID that shows the participant's name and address.
3. A copy of the signed Self Declaration application **OR** the participant's CSFP participant card.

---

### Proxy Authorization Letter Template

[Date]

My name is [participant first and last name]; I am requesting that [proxy first and last name] pick up my Senior Farmers Market Nutrition Program coupons. A photocopy or picture of my ID is attached. A [completed self-declaration form OR CSFP participant card] confirming my eligibility is attached. Please contact me with any questions.

[Participant Name]

[Address]

[Phone number with area code]

---

### Lost CSFP Card Protocol

If you misplace your CSFP card, proceed to an authorized farmers market and complete a Self Declaration application.



# Senior Farmers Market Nutrition Program

## Proceso de participación para apoderados

persona de la tercera edad que cumpla los requisitos puede asignar a un apoderado para que recoja y canjee los vales del SFMNP en los mercados participantes. El apoderado tendrá que llevar lo siguientes requisitos al puesto de información del mercado para obtener los vales:

1. La carta poder completada por el participante (a continuación, encontrará el formato).
2. Una fotocopia o fotografía de la identificación del participante que muestre el nombre y la dirección del participante.
3. La copia de la declaración firmada **O** la tarjeta de participante del CSFP.

---

## Ejemplo de formato para carta poder

Fecha:

Mi nombre es [nombre]; solicito que [nombre] recoja mis vales correspondientes al Programa de mercado de agricultores para personas de la tercera edad. A photocopy or picture of my ID is attached. En este documento incluyo mi declaración firmada confirma mi elegibilidad. Por favor, póngase en contacto conmigo si tiene alguna pregunta.

[Nombre del participante]

[Dirección]

[Número de teléfono con código de área]

---