



Utah Senior Farmers Market Nutrition Program (SFMNP)

formulario de autodeclaración 2025

Para ser completado por el participante - por favor imprima		
Nombre:	Dirección física:	Unidad #:
Ciudad:	Estado/Código postal:	Condado:
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Idioma preferido:	Fecha de nacimiento (DD/MM/YYYY):	
Sexo: Femenino ____ Masculino ____ Otro ____		

Para participar en el Programa de Nutrición Senior Farmers Market Nutrition Program, debe tener al menos 60 años de edad y ingresos iguales o inferiores al 185% de las pautas anuales sobre ingresos de pobreza.

Certifico que:

- ☐ Tengo 60 años o más
- ☐ Mis ingresos mensuales son iguales o inferiores a las directrices federales sobre ingresos para poder recibir asistencia del Senior Farmers Market Nutrition Program (consulte la tabla siguiente)
- ☐ Aún no he recibido cupones SFMNP este año (2025)

Firma (participante)

Fecha

Datos raciales y étnicos

Esta información sólo sirve para mantener registros. No afecta a su elegibilidad.

¿Es usted hispano o latino? Sí ☐ No ☐

¿Cuál es su raza (marque todas las que correspondan)?

Asiático ☐

Blanco ☐

Negro o Afroamericano ☐

Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico ☐

Utah Senior Farmers Market Nutrition Program (SFMNP)

formulario de autodeclaración 2025



Pautas de ingresos (185% del FPL)					
Unidad familiar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales	Dos veces al mes	Ingresos quincenales	Ingresos semanales
1	\$28,953	\$2,413	\$1,207	\$1,114	\$557
2	\$39,128	\$3,261	\$1,631	\$1,505	\$753
3	\$49,303	\$4,109	\$2,055	\$1,897	\$949
4	\$59,478	\$4,957	\$2,479	\$2,288	\$1,144
5	\$69,653	\$5,805	\$2,903	\$2,679	\$1,340
6	\$79,828	\$6,653	\$3,327	\$3,071	\$1,536
7	\$90,003	\$7,501	\$3,751	\$3,462	\$1,731
8	\$100,178	\$8,349	\$4,175	\$3,853	\$1,927
Por cada miembro adicional, añada	+ \$10,175	+ \$848	+ \$424	+ \$392	+ \$196

For SFMNP Program Staff Use Only

Market/Site Name: _____

Participant ID (first + last name initials + 8 digit birthday):
