Washington State Department of Health

No. de identificación del Productor: _____

No. de identificación de la Tienda Rural: _____

No escriba sobre esta línea

Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros para WIC (WIC FMNP) y el Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros para Adultos Mayores (SFMNP)

SOLICITUD DEL PRODUCTOR 2016

Nombre del Productor (Apellido, Nombre)**:**			
Dirección Postal del Productor:			
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Correo Electrónico:			
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:	

Nombre de la Granja:			
Dirección física de la Granja:			
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Si usted tiene una Tienda Rural en su propiedad y usted quiere que se considere para ser autorizada para aceptar cheques del FMNP (WIC y Senior), por favor llene la sección que se encuentra en la página 3.

¿Es usted un nuevo Productor en el programa? ☐ Sí ☐ No

Por favor <u>marque una</u> de las siguientes opciones:

☐ Cultivo todos los alimentos elegibles que vendo.
☐ Cultivo una parte de los alimentos elegibles que vendo.
☐ No cultivo ninguno de los alimentos que vendo.

Mercados para Agricultores donde planeo vender: (*Por favor indique los nombres de cada mercado. La lista de los mercados autorizados esta publicada en la página web* http://www.doh.wa.gov/FarmersMarket)

Alimentos Elegibles de FMNP de WIC y Senior

Marque todos los alimentos que planee vender:

Frutas:
☐Manzanas
☐Albaricoques
☐Peras asiáticas
☐Zarzamoras
☐Arándanos azules
☐Boysenberis
☐Melones
☐Cerezas
☐Grosellas
☐Higos rojos y negros
☐Uvas espinas
☐Uvas
☐Aguaymantos
☐Arándanos
☐Kiwi
☐Frambuesas norteamericanas
☐Moras
☐Melones
☐Melones reticulados
☐Nectarinas
☐Melocotones
☐Peras
☐Ciruelas
☐Frambuesas
☐Espinos Cervales
☐Fresas
☐Tayberries
☐Sandías

Verduras:
☐Brotes de alfalfa
☐Hojas de amaranto
☐Alcaucil
☐Rúcula
☐Espárrago
☐Remolacha (betabel)
☐Col china
☐Brócoli
☐Coles de Bruselas
☐Repollo
☐Zanahorias
☐Coliflor
☐Apio
☐Repollo chino
☐Hojas de repollo verde
☐Elote
☐Pepino
☐Berenjena
☐Ajo
☐Judías verdes
☐Cebollas verdes
☐Col rizada
☐Colinabo
☐Puerro
☐Lechuga
☐Mizuna
☐Hongos
☐Hojas de mostaza
☐Cebollas
☐Chirivía
☐Guisantes
☐Pimientos
☐Patatas
☐Calabaza
☐Rábano
☐Ruibarbo
☐Nabo sueco
☐Chalote
☐Espinaca
☐Zapallo
☐Acelga
☐Tatsoi
☐Miltomate
☐Tomates
☐Nabo
☐Berro
☐Frijol amarillo
☐Yu Choy
☐Calabacín
☐Otras hojas verdes comestibles
☐Otros brotes elegibles

Hierbas cortadas:
☐Albahaca
☐Cilantro
☐Cebolleta
☐Eneldo
☐Hinojo
☐Perejil
☐Otras hierbas comestibles

Vender solo a Adultos Mayores:
☐Miel

TIENDA RURAL

*Complete esta sección de la solicitud **solo** si tiene una tienda rural y desea que se le considere un lugar autorizado para aceptar los cheques del FMNP. El entregar este documento no le garantiza que su tienda rural será autorizada.*
Si usted tiene más de una tienda rural, haga una copia de este formulario y llene uno por cada tienda rural. Adjúntela al final de la solicitud.

Marque la respuesta apropiada a las siguientes preguntas:

La tienda rural se encuentra ubicada en la propiedad donde cultivo los alimentos elegibles del FMNP.
☐ Sí ☐ No

En la tienda se encuentra una persona durante todo el horario de funcionamiento para atender a la clientela. ☐ Sí ☐ No

Dirección de la Tienda Rural:			
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal
Teléfono de la Tienda Rural:			

Horario de Atención de la Tienda Rural: Escriba el horario en que la tienda rural está abierta por cada día y mes durante la temporada de FMNP.

Horario de Atención	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Junio							
Julio							
Agosto							
Septiembre							
Octubre							
Notas:							

Con la firma de este formulario:

1. Entiendo que no me garantizan que seré autorizado para participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros.
2. Entiendo que si me autorizan, estoy obligado a cumplir todos los términos del "Acuerdo del Contrato para Productores del Programa de Nutrición de Mercado de Granjeros de WIC/Senior 2016".

Si necesita asistencia contacte la oficina del FMNP llamando al 1-800-841-1410 o TTY 711 o por correo electrónico FMNPteam@doh.wa.gov.

Afirmo que las declaraciones contenidas en esta Solicitud de Autorización del Productor son verdaderas. Entiendo que si proporciono información falsa, el Departamento negará o anulará mi autorización para aceptar cheques del FMNP.

Afirmo que he leído y entendido todas las secciones del documento titulado **"Acuerdo del Contrato para Productores del Programa de Nutrición de Mercado de Granjeros de WIC/Senior 2016"**. Entiendo que es mi responsabilidad aclarar cualquier sección de este documento pidiendo asistencia de un representante del Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros de WIC.

Entiendo que al firmar este contrato, reconozco que si no cumplo con alguna parte de los criterios exigidos para la autorización del Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros WIC/ Adulto Mayor, mi solicitud será declinada por el departamento.

Entiendo que, si no firmo este contrato, mi solicitud será declinada.

_____	_____	_____
Escriba el nombre legal del productor	Firma	Fecha

Los suscriptos agregan sus firmas para ejecución de este acuerdo

_____	_____	_____
Nombre legal del representante de FMNP	Firma del Departamento de Salud	Fecha

Este contrato no es efectivo hasta que esté firmado por ambas partes en esta página y que reciba la copia de su contrato con una carta de autorización.

Por favor envíe esta solicitud por correo a:

Coordinador de Contratos del WA State FMNP
PO Box 47886
Olympia, WA 98504
1-800-841-1410

El WIC no discrimina

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
Correo electrónico: program.intake@usda.gov.
Fax: (202) 690-7442

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.
El Programa de Nutrición WIC del Estado de Washington no discrimina.

Washington State Department of Social & Health Services
ADSA Aging & Disability Services Administration

PUBLIC HEALTH
ALWAYS WORKING FOR A SAFER AND HEALTHIER WASHINGTON

Washington State Department of Health