



**Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros (WIC FMNP) Y el Programa de Nutrición de Mercados Agrícolas para Adultos Mayores (SFMNP)**

**SOLICITUD DEL PRODUCTOR  
2023-2024**

Instrucciones para completar la solicitud de WIC & Senior FMNP:  
Usted debe enviar una solicitud completa, después de leer el “**Acuerdo del Productor 2023-2024**” al [FMNPTeam@doh.wa.gov](mailto:FMNPTeam@doh.wa.gov) o por correo al:

**Departamento de Salud del Estado de Washington**  
**Coordinador de WIC Y Adulto Mayor FMNP**  
PO Box 47886  
Olympia, WA 98504-7886

Si tiene preguntas o desea solicitar una copia impresa del acuerdo, llame al 1-800-841-1410 y presione el número 8 para español y luego 5 para Mercados Agrícolas.

**ESTE ACUERDO** es hecho por, y entre el Departamento de Salud del estado de Washington (Departamento) y los siguientes:

<b>Nombre del Productor Primario</b> (Nombre, Apellido):			
Correo electrónico:			
Dirección Postal del Productor:			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Teléfono de casa (555) 555-5555:		Teléfono celular:	
<b>Nombre del Productor Asociado</b> (Nombre, Apellido) Opcional:			
Correo electrónico:		Número de Teléfono:	
Dirección Postal del Productor Asociado:			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

**Información del Negocio o Granja:**

<b>Nombre de la Granja:</b>			
Dirección física de la granja:			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

Si usted tiene una tienda rural en su propiedad y usted quiere que se considere para ser autorizada para aceptar beneficios de CVB [Beneficios de valor en efectivo por sus siglas en inglés] y 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 marque una 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.
- Produzco miel únicamente

**Marque todos los alimentos que planea vender:**

**Frutas:**

- Manzanas
- Albaricoques
- Peras asiáticas
- Zarcamoras
- 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

**Hiervas cortadas:**

- Albahaca
- Cilantro
- Cebolleta
- Eneldo
- Hinojo
- Perejil
- "Microgreens"
- Otras hierbas comestibles

**Vender solo a adultos mayores:**

- Miel



**Mercados Agrícolas donde planeo aceptar beneficios de WIC CVB, FMNP and SFMNP:** Escriba el nombre de los mercados en los que planea vender. Si necesita agregar más mercados, adjunte una lista a la solicitud. Asegúrese de notificar a la oficina del programa del estado por teléfono o correo electrónico si después de haber enviado su solicitud o después de haber sido autorizado usted decide asistir a otros mercados que no aparecen en la lista de abajo [FMNPTeam@doh.wa.gov](mailto:FMNPTeam@doh.wa.gov) o 1-800-841-1410.


**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 beneficios de WIC CVB, FMNP y SFMNP. 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 está ubicada en la propiedad donde cultivó los alimentos elegibles

- Sí  No

Durante todo el horario de atención al público, hay una persona presente para ayudar a los clientes

- Sí  No

<b>Dirección de la Tienda Rural:</b>			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono de la Tienda Rural:			

**Horario de Atención de la Tienda Rural:**

Indique la fecha de apertura de la tienda rural y último día que cierra durante el año. O puede marcar la casilla si su tienda rural opera todo el año.

Primer día que abre la tienda: \_\_\_ / \_\_\_ Último día que abre la tienda: \_\_\_ / \_\_\_ o todo el año   
(mm/dd) (mm/dd)

Días que opera	Hora de inicio (ej. 9 AM)	Hora de cierre (ej. 5 PM)	Cerrado
<input type="checkbox"/> Lunes			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Martes			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Miércoles			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jueves			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Viernes			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sábado			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Domingo			<input type="checkbox"/>



**Con la firma de este acuerdo:**

1. Entiendo que no me garantizan que seré autorizado para participar en el Programa de Nutrición de Mercados Agrícolas del Estado de Washington.
2. Entiendo que, si me autorizan, estoy obligado a cumplir todos los términos del “Acuerdo para Productores del Programa de Nutrición de Mercados Agrícolas de WIC/Senior 2023-2024.”
3. Entiendo que, si se me autoriza, estoy obligado por todos los términos del “Acuerdo de comerciante de agricultores e-WIC de CDP Inc.” (CDP Inc. e-WIC Farmer Merchant Agreement).
4. Entiendo que, si estoy autorizado, aceptaré las transacciones de WIC CVB, FMNP y SFMNP en mercados agrícolas autorizados o tiendas rurales autorizadas.

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](mailto:FMNPteam@doh.wa.gov)

Afirmo que las declaraciones contenidas en esta Solicitud del Productor son verdaderas y correctas. Entiendo que, si proporciono información falsa, el Departamento negará o anulará mi autorización para aceptar beneficios de WIC CVB, FMNP y SFMNP.

Afirmo que he leído y entendido todas las secciones del documento titulado “**Acuerdo de Productores del Programa de Nutrición de Mercados Agrícolas de WIC/Senior 2023-2024**”. Entiendo que es mi responsabilidad aclarar cualquier sección de este documento pidiendo asistencia de un representante del Programa de Nutrición del Mercados Agrícolas de WIC.

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

Entiendo que, si no firmo este acuerdo, mi solicitud será rechazada. Leí el “**Acuerdo de Productores del Programa de Nutrición de Mercados Agrícolas de WIC/Senior 2023-2024**” y acepto cumplir con las reglas, términos y reglamentos asociados con este programa.

Los abajo firmantes tienen la autoridad de firmar para fijar sus firmas en la ejecución de este acuerdo, (*\*Requerido*)

_____	_____	_____
*Nombre legal del productor primario	*Firma	*Fecha

_____	_____	_____
Escriba el nombre del productor asociado	Firma	Fecha

_____	_____
Firma del Departamento de Salud del Estado de Washington (Únicamente para uso oficial)	Fecha



Aprobación: Este acuerdo está sujeto a la aprobación por escrito del coordinador de FMNP del DOH y no será legal hasta que sea aprobado. El acuerdo no es efectivo hasta que ambas partes firmen en esta página y usted reciba una copia de su acuerdo con una carta de autorización del Departamento de salud.

### Washington WIC no discrimina

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea a <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

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

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Clientes sordos o con problemas de audición, favor de llamar al 711 (servicios de relé de Washington) o envíe un correo electrónico a [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov)

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**  
Washington WIC no discrimina.



**PUBLIC HEALTH**  
ALWAYS WORKING FOR A SAFER AND  
HEALTHIER WASHINGTON

FMNP Solicitud del Productor

