

**CCC-37**  
(08-23-02)U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE  
Commodity Credit Corporation**AUTORIZACIÓN DE PAGO MANCOMUNADO**

Consulte la Ley de Privacidad y las Declaraciones públicas sobre cargas impositivas en la pág. 2.

**PARTE A - INFORMACIÓN GENERAL**

1. ESTADO	2. CONDADO
3. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PRODUCTOR (Incluya código de zona geográfica)	5. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO MANCOMUNADO (Incluya código de zona geográfica)
4. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA DEL PRODUCTOR	

**PARTE B - PROGRAMA(S) QUE APLICA(N)**

6. Programa	7. Año del programa o Año de pago	8. Nombre del programa	9. Año del programa o Año de pago
Programa de reservas para la conservación	De:		
	A:		
Contrato de pérdida de ingresos en leche	De:		
	A:		
Pago directo y contra cíclico	De:		
	A:		
Pago por deficiencia en préstamos	De:		
	A:		
Otro:	De:		
	A:		

**PARTE C - AUTORIZACIÓN DE PAGO MANCOMUNADO**

Los infrascritos productor y beneficiario mancomunado solicitan que la CCC o la FSA, según proceda, efectúen los pagos especificados en los Incisos 6 y 8, pagaderos mancomunadamente al productor especificado y al infrascrito beneficiario mancomunado. Tanto el productor como el beneficiario mancomunado acuerdan que este convenio no afecta de ninguna manera el derecho de compensación por parte de la CCC, la FSA o cualquier otra agencia gubernamental, independientemente de la fecha en que se incurrió en la deuda. Tanto el productor como el beneficiario mancomunado acuerdan que si el productor presenta un formulario CCC-36, Cesión de pago, ante la CCC o la FSA, por cualquier programa cubierto por esta autorización de pago mancomunado, independientemente de la fecha en que se presentó la cesión, la cesión toma precedente y debe honrarse su pago por parte de la CCC y la FSA, como si la cesión se hubiera presentado antes de la autorización del pago mancomunado. Los pagos adicionales o cantidades pendientes vencidas luego de que se haya honrado el pago de las cesiones se pagarán a los beneficiarios mancomunados que se identifican en este formulario, sujeto al derecho de compensación antes mencionado por parte de agencias gubernamentales.

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento a través de una solicitud por escrito firmada por ambos, productor y beneficiario mancomunado.

10A. FIRMA DEL PRODUCTOR	10B. FECHA (DD-MM-AAAA)
11A. FIRMA DEL BENEFICIARIO MANCOMUNADO	11B. FECHA (DD-MM-AAAA)

**PARTE D - REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO MANCOMUNADO**

La revocación de esta autorización necesita la firma tanto del productor como del beneficiario mancomunado. Por este medio se revoca la autorización del pago mancomunado antes indicada.

12A. FIRMA DEL PRODUCTOR	12B. FECHA (DD-MM-AAAA)
13A. FIRMA DEL BENEFICIARIO MANCOMUNADO	13B. FECHA (DD-MM-AAAA)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL CONDADO	14. FECHA DE PRESENTACIÓN (DD-MM-AAAA)	15. HORA DE PRESENTACIÓN
--	--	--------------------------

COMITÉ DE LA FSA DEL CONDADO

BENEFICIARIO MANCOMUNADO

PRODUCTOR

## DISPOSICIONES ESPECIALES REFERENTES A AUTORIZACIÓN DE PAGO MANCOMUNADO

- A. El original de esta autorización de pago mancomunado, debidamente ejecutada, debe archivar en la oficina de la Farm Service Agency en el condado en el que la operación agrícola sujeta a esta autorización se ubica administrativamente con respecto del programa relacionado.
- B. CCC y FSA reconocerán únicamente 1 autorización de pago mancomunado en cualquier momento por productor para cada programa por año del programa o grupo de años, si se seleccionó para varios años.
- C. Ni los Estados Unidos de Norteamérica, la Commodity Credit Corporation, la Secretary of Agriculture, ningún funcionario que realice pagos, ni ningún empleado o funcionario gubernamental estarán sujetos a ninguna demanda ni serán responsables por el pago de cualquier cantidad, si dicho pago se realiza accidentalmente al productor sin hacer referencia a esta autorización de pago mancomunado.
- D. Esta autorización de pago mancomunado no se amplía a ningún heredero del beneficiario mancomunado.

16. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE LA FSA DEL CONDADO *(Incluya código de zona geográfica)*

NÚMERO TELEFÓNICO *(Incluya código de área):*

**NOTA** *La siguiente declaración se realiza de acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a) y la Ley sobre la Reducción de los Trámites Burocráticos de 1995, según enmiendas. La Ley sobre los Estatutos de la Commodity Credit Corporation, la Ley Federal para la Reforma y la Mejora Agrarias de 1996, la Ley sobre Seguridad Alimentaria de 1985, la Ley agraria de 1949 y la Ley de Conservación de suelos y distribución local autorizan la recopilación de estos datos. La divulgación del número de identificación del cesionario es voluntaria. La divulgación de todos los demás datos también es voluntaria; sin embargo, si no se cuenta con la misma, no se puede emitir pago al cesionario. La información se utilizará para autorizar a la CCC a que efectúe pagos del programa a un cesionario. Esta información se puede suministrar a otras agencias, al IRS, al Department of Justice u otras agencias estatales y federales de ejecución legal y en respuesta a un magistrado de una corte o a un tribunal administrativo. A la información suministrada se le pueden aplicar las disposiciones de los estatutos de fraude penal y civil, inclusive 18 USC 286, 287, 371, 651, 1001; 15 USC 714m y 31 USC 3729.*

*De conformidad con la Ley sobre Reducción de los Trámites Burocráticos de 1995, ningún organismo puede realizar o patrocinar y ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información, a menos que la misma esté identificada con un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0560-0183. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para analizar las instrucciones, realizar la búsqueda en las fuentes de datos existentes, recabar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. DEVUELVA ESTE FORMULARIO LLENO A LA OFICINA DE LA FSA DE SU CONDADO.*