

FSA-669A-1 (SPA)
(proposál 1)

DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS
Agencia de Servicios Agrícolas

FORMULARIO DE NOMINACIÓN DE REMEDACIÓN PARA LA ELECCIÓN DEL COMITÉ DEL CONDADO DE LA FSA

Este formulario permite a los individuos nominarse a sí mismos o a cualquier otra persona como candidato. Si se necesitan formularios adicionales, éste puede copiarse o puede obtenerse en la Oficina del condado de la FSA o electrónicamente en <http://www.sc.egov.usda.gov>. Cada formulario presentado debe ser:

- A. Limitado a un candidato.
 - B. Firmado y fechado por el nominado en el punto 3. El candidato debe firmar si está dispuesto a que su nombre figure en la papeleta de votación y se compromete a servir si es elegido.
- Nota:** El nombre que aparecerá en la papeleta será exactamente el mismo que aparece en los registros de la Agencia.
- C. Entregado en la Oficina del condado de la FSA o con un matasellos de correos anterior al 2 de diciembre de 2023.
 - D. Firmado y fechado como candidato por escrito si es elegido miembro y está dispuesto a formar parte del COC.

El Comité del condado de la FSA es responsable de revisar cada formulario para determinar la elegibilidad de los candidatos. La persona que sea nominada en este formulario y sea considerada inelegible será notificada y tendrá la oportunidad de presentar una impugnación.

Las personas nominadas deben participar activamente en la operación de una granja o rancho y estar bien calificadas para el trabajo del comité. Un productor es elegible para ser miembro del comité del condado de la FSA si reside en el Área Administrativa Local (LAA, por sus siglas en inglés) en la que se celebrará la elección y es elegible para votar.

Se trata de un puesto de servicio público no remunerado. Se proporciona un pequeño estipendio para compensar los gastos.

La normativa federal puede prohibir a los miembros del Comité del condado de la FSA que ocupen determinados cargos en algunas organizaciones agrícolas, de productos básicos y políticas si dichos cargos suponen un conflicto de intereses con las obligaciones de la FSA. Los puestos incluyen cargos funcionales como el de presidente, vicepresidente, secretario o tesorero; y puestos en juntas o comités ejecutivos. Las restricciones por conflicto de intereses también se aplican a los empleados, operadores, gerentes y propietarios mayoritarios de los almacenes de tabaco. Las preguntas relativas a la elegibilidad deben dirigirse a la Oficina del condado de la FSA.

Las funciones de los miembros del Comité del condado de la FSA son, entre otras, las siguientes:

- A. Administrar las actividades del programa agrícola realizadas por la Oficina del condado de la FSA.
- B. Informar a los agricultores de la finalidad y las disposiciones de los programas de la FSA.
- C. Mantener informado al Comité Estatal de la FSA sobre las condiciones del LAA.
- D. Monitorización de los cambios en los programas agrícolas.
- E. Participar en las reuniones del condado cuando sea necesario.
- F. Realizar otras tareas asignadas por el Comité Estatal de la FSA.

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingreso proveniente de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o intimidación o represalia por haber participado anteriormente en una actividad vinculada a los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada adelante o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Las fechas límite para la presentación de quejas y recursos varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidad que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (como sistema Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia responsable o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TDD), o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. La información del programa también puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), AD-3027, que se encuentra en el sitio web http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquiera de las oficinas del USDA o escriba una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o la carta dirigida 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; o (3) correo electrónico program.intake@usda.gov. El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

| | |
|--|--|
| FSA-669A-1 (SPA) (proposal 1) | DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS Agencia de Servicios Agrícolas |
| FORMULARIO DE NOMINACIÓN DE REMEDACIÓN PARA LA ELECCIÓN DEL COMITÉ DEL CONDADO DE LA FSA | |

| | | |
|---|--|--|
| 1. NOMBRE DEL CANDIDATO <i>(Escriba a máquina o en letra de molde el nombre completo del candidato)</i> | PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DEL CONDADO DE LA FSA | |
| | 4. INICIALES DEL EMPLEADO QUE RECIBE EL FORMULARIO Y FECHA DE RECIBO | |
| 2. DIRECCIÓN DEL CANDIDATO | 5. CONDADO | |
| | 6. LAA | 7. ESTADO |
| 3. CERTIFICACIÓN DEL CANDIDATO: <i>Por la presente, acepto que mi nombre se incluya en la papeleta de votación, que prestaré servicio de ser elegido, y si hay un conflicto de intereses, renunciaré a dicho cargo.</i> <input type="checkbox"/> <i>SÍ QUIERO ser testigo de la resolución de los votos empatados con otro candidato.</i> <input type="checkbox"/> <i>NO QUIERO ser testigo de la resolución de los votos empatados con otro candidato.</i> | 8. CERTIFICACIÓN DEL NOMINADOR: <i>Si esta nominación no la hace uno mismo, el siguiente votante elegible o representante de una organización de base comunitaria nombra por la presente a la persona antes mencionada para ser candidato en la próxima elección del Comité del condado de la FSA.</i> | |
| 3A. FIRMA DEL CANDIDATO | 3B. FECHA | 8A. FIRMA DEL NOMINADOR |
| <input type="checkbox"/> <i>Marque aquí si el nominado es un candidato por escrito.</i> | | 8B. FECHA <i>(Si el individuo se auto nombra, no se requiere la firma).</i> |

9. PARA SER COMPLETADO POR EL CANDIDATO

INFORMACIÓN VOLUNTARIA CON FINES DE CONTROL: La siguiente información es solicitada por el Gobierno Federal para supervisar el cumplimiento por parte de la FSA de las leyes federales que prohíben la discriminación de los participantes en el programa por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado civil, condición de discapacitado o edad. No está obligado a proporcionar esta información, pero se le anima a hacerlo. Esta información no se utilizará para evaluar su candidatura ni para discriminarle en modo alguno.

| | | |
|---|---|--|
| ORIGEN ÉTNICO | RAZA (Elija tantas casillas como corresponda) | GÉNERO |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no decir |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no decir | | |

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete el formulario como se indica a continuación:

PUNTO 1 Escriba a máquina o en letra de molde el nombre completo del candidato. El candidato debe ser:
 A. Elegible para votar en la elección del Comité del condado de la FSA designado.
 B. Ser elegible para ocupar el cargo de miembro del Comité del condado la FSA.
 C. Dispuesto a servir si es elegido.

PUNTO 2 Ingrese la dirección actual del candidato.

PUNTO 3 El candidato debe marcar una de las casillas para indicar su preferencia en cuanto a la resolución de los votos empatados.

PUNTOS 3A & 3B El candidato debe firmar y fechar.

PUNTOS 8A y 8B El nominador debe firmar y fechar. *(Si la persona se auto nombra, no se requiere la firma)*

PUNTO 9 Completar este punto es voluntario.

TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN RECIBIRSE EN LA OFICINA DEL CONDADO O LLEVAR EL MATASELLOS DE CORREO ANTERIOR AL 2 DE DICIEMBRE DE 2023.

Nota: La siguiente declaración se realiza de acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a - según enmendada). La autoridad para solicitar la información que se proporcionará en este formulario es la Ley de Seguridad Agrícola e Inversión Rural de 2002 (7 U.S.C. 2279-1), la Ley de Conservación y Asignación Doméstica del Suelo (16 U.S.C. 590 et seq.) modificada por Sec. 1615 de la Ley de Alimentos, Conservación y Energía de 2008 (Pub. L. 110-246) y 7 CFR Parte 7. La información se utilizará para obtener candidatos para la elección del Comité del condado de la FSA. La información recopilada en este formulario puede ser divulgada a otras agencias gubernamentales federales, estatales y locales, agencias tribales y entidades no gubernamentales que hayan sido autorizadas a acceder a la información por estatuto o reglamento y/o como se describe en los usos rutinarios aplicables identificados en el Aviso del Sistema de Registros para los Registros de Personal del Condado, USDA/FSA-6. Proporcionar la información sobre el nombre, la dirección, la firma/fecha y la firma/fecha del nominador (cuando corresponda) es voluntario, pero necesario para procesar el formulario. Si no se facilita la información sobre el nombre, la dirección, la firma/fecha y la firma/fecha del candidato (cuando proceda), se determinará que no se puede presentar la candidatura para la elección del Comité del condado de la FSA.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites (PRA): De conformidad con la Ley sobre Reducción de Trámites 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 OMB válido para esta recopilación de información es 0560-0229. 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. Las disposiciones de los estatutos apropiados de fraude penal y civil, privacidad y otros pueden ser aplicables a la información proporcionada. **DEVUELVA ESTE FORMULARIO CUMPLETADO A LA OFICINA DE LA FSA DE SU CONDADO.**

