

FSA-848A (SPA) (06-16-25)						DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS Agencia de Servicios Agrícolas					
CONTRATO DE COSTOS COMPARTIDOS (Consulte la página 2 para conocer la Ley de Privacidad y las Declaraciones de Carga)											
<i>ESTE CONTRATO se celebra entre la Agencia de Servicios Agrícolas (en adelante, “FSA”) y los propietarios, operadores, inquilinos o productores abajo firmantes (quienes individualmente serán denominados en este documento como “el Participante”). Al firmar este formulario, el Participante acepta lo siguiente: 1) el Participante solicitó asistencia de costos compartidos para realizar una práctica diseñada para cumplir con los objetivos del programa mencionado en el formulario FSA-848; 2) el Participante acepta que esta práctica no se realizaría sin los costos compartidos federales; y, 3) para las prácticas aprobadas, el Participante acepta reembolsar la totalidad o parte de los fondos pagados que se le pagaron, según lo determine el Funcionario Aprobatorio, si, antes de que expire la vida útil de la práctica especificada, el Participante (a) destruye la práctica aprobada o (b) cede voluntariamente el control o la titularidad de la tierra en la que se ha establecido la práctica aprobada, y el nuevo propietario u operador de la tierra no acepta por escrito mantener adecuadamente la práctica durante el resto de su vida útil. El Participante acepta además que, si comienza la práctica o prácticas antes de recibir la aprobación por escrito, se le podrá denegar la financiación de costos compartidos. Además, el Participante autoriza a un representante del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S Department of Agriculture, USDA) a tener acceso a las zonas del sitio de práctica. Además, el Participante entiende que el formulario FSA-848A-1 se incorpora aquí como referencia. AL FIRMAR ESTE CONTRATO, EL PARTICIPANTE ACUSA RECIBO DE LOS SIGUIENTES FORMULARIOS: FSA-848A Y CUALQUIER ANEXO.</i>											
1. Código de estado y condado:				2. Nombre, dirección y número de teléfono de la oficina del condado							
3. N.º de solicitud				4. N.º de contrato							
5. Año del programa				6. N.º de identificación de desastre							
7. Código del programa				8. ID del contrato (si corresponde)							
9. PRÁCTICAS APROBADAS											
A. N.º de granja	B. N.º de parcela	C. N.º de campo	D. N.º de control de práctica	E. Código de contabilidad del programa	F. Código del financiamiento	G. Unidades de práctica	H. Extensión de la práctica aprobada	I. Fecha de vencimiento de la práctica	J. Duración de las prácticas	K. Tasa y tipo de costos compartidos aprobados	L. Costos compartidos aprobados
M. TOTALES:											
10. COMPONENTES APROBADOS											
A. N.º de granja	B. N.º de parcela	C. N.º de campo	D. N.º de control de práctica	E. N.º de componente	F. Título del componente	G. Unidades del componente	H. Extensión del componente aprobada	I. Tasa y tipo de costos compartidos aprobados	J. Costos compartidos aprobados		
11. SOLO PARA USO DEL USDA Aprobación de la solicitud			A. Firma del representante de la FSA			B. Fecha (MM-DD-AAAA)		C. Costos compartidos que se está dispuesto a aprobar		D. Costos compartidos aprobados	
12. ACUSE DE RECIBO DE LA APROBACIÓN DEL PARTICIPANTE											
<i>Su solicitud de costos compartidos del programa para realizar las prácticas que se muestran arriba está aprobada para los establecimientos agrícolas identificados anteriormente. Al firmar a continuación, usted acepta completar las prácticas y los componentes especificados en o antes de la fecha de vencimiento de la práctica. Para recibir el pago o el crédito por cualquier costo compartido obtenido en estas prácticas, informe el rendimiento en el formulario FSA-848B y preséntelo en la oficina emisora antes de la fecha de vencimiento de la práctica que se indica anteriormente. Si decide no realizar esta práctica, o si no puede completarla antes de la fecha de vencimiento de la práctica, notifique por escrito de inmediato a la oficina del Funcionario Aprobador.</i>											
A. Nombre, dirección y número de teléfono del Participante				B. Firmado (por)			C. Título/relación de la persona si firma en calidad de representante			D. Fecha (MM-DD-AAAA)	

13. INFORMACION DEL CONTRATO					SOLO PARA PROGRAMAS DE EMERGENCIA
A. Código del programa	B. Año del programa	C. Código de estado y condado	D. N.º de contrato	E. ID de contrato	F. ID de desastre

14. OBSERVACIONES

AVISO: La siguiente declaración se realiza de acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974 (Título 5, artículo 552a del Código de los Estados Unidos [USC], con sus respectivas modificaciones). La autoridad para solicitar la información identificada en este formulario es 7 CFR Partes 701, 7 y 1410, la Ley de Estatutos de la Corporación de Crédito para Productos Básicos (Título 15, artículo 714 del USC y siguientes) y Título 16 del USC § 2201-2206. La información se utilizará para determinar la elegibilidad para participar y recibir beneficios bajo un programa de asistencia de costos compartidos a través de la documentación del acuerdo del participante para cumplir con los términos y condiciones que figuran en el contrato de costos compartidos. La información que se obtenga a partir de este formulario puede divulgarse a otras agencias gubernamentales federales, estatales y locales, a agencias tribales y organismos no gubernamentales que hayan recibido acceso a la información por ley o disposición o según se describe en los usos de rutina correspondientes, identificados en el Sistema de notificación de Registro de Datos del USDA/FSA-2, Archivo de Registros Agrícolas (automatizado). Brindar la información que se solicita es voluntario. Sin embargo, no brindar la información que se solicita podría resultar en su descalificación para participar y recibir beneficios dentro del programa de asistencia de costos compartidos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0560-0082. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 3 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. **DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DE LA FSA DE SU CONDADO.**

Al firmar este formulario, el Participante reconoce y entiende que cualquier representación falsa o reclamo está sujeto a sanciones civiles y penales, incluidas, entre otras, las establecidas en el Título 18 del USC, sección 1001.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del USDA, tanto el USDA como sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan o administran los programas de este Departamento tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o a modo de represalia o retaliación por actividades previas en materia de derechos civiles. Esta prohibición aplica a cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las prohibiciones se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar un reclamo varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que necesiten formas de comunicación alternativas para obtener información acerca de un programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al 711 (voz y TTY). Además, se puede acceder a la información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación en un programa, complete el formulario de reclamo por discriminación en programas del USDA (formulario AD-3027). Se encuentra disponible en línea en <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA. También puede escribir una carta dirigida al USDA en la que brinde toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o su carta al USDA de la siguiente manera: (1) por correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) por fax: (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a: program.intake@usda.gov. El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del USDA, tanto el USDA como sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan o administran los programas de este Departamento tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o a modo de represalia o retaliación por actividades previas en materia de derechos civiles. Esta prohibición aplica a cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las prohibiciones se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar un reclamo varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que necesiten formas de comunicación alternativas para obtener información acerca de un programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al 711 (voz y TTY). Además, se puede acceder a la información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación en un programa, complete el formulario de reclamo por discriminación en programas del USDA (formulario AD-3027). Se encuentra disponible en línea en <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA. También puede escribir una carta dirigida al USDA en la que brinde toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o su carta al USDA de la siguiente manera: (1) por correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) por fax: (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a: program.intake@usda.gov. El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

FSA-848A-1 (SPA) (06-16-25)			DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS Agencia de Servicios Agrícolas									
HOJA COMPLEMENTARIA PARA EL CONTRATO DE COSTOS COMPARTIDOS												
AVISO: La siguiente declaración se realiza de acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974 (Título 5, artículo 552a del Código de los Estados Unidos [USC], con sus respectivas modificaciones). La autoridad para solicitar la información identificada en este formulario es 7 CFR Partes 701, 7 y 1410, la Ley de Estatutos de la Corporación de Crédito para Productos Básicos (Título 15, artículo 714 del USC y siguientes) y Título 16 del USC § 2201-2206. La información se utilizará para determinar la elegibilidad para participar y recibir beneficios bajo un programa de asistencia de costos compartidos a través de la documentación del acuerdo del participante para cumplir con los términos y condiciones que figuran en el contrato de costos compartidos. La información que se obtenga a partir de este formulario puede divulgarse a otras agencias gubernamentales federales, estatales y locales, a agencias tribales y organismos no gubernamentales que hayan recibido acceso a la información por ley o disposición o según se describe en los usos de rutina correspondientes, identificados en el Sistema de notificación de Registro de Datos del USDA/FSA-2, Archivo de Registros Agrícolas (automatizado). Brindar la información que se solicita es voluntario. Sin embargo, no brindar la información que se solicita podría resultar en su descalificación para participar y recibir beneficios dentro del programa de asistencia de costos compartidos. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0560-0082. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 1 minuto por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DE LA FSA DE SU CONDADO. Al firmar este formulario, el Participante reconoce y entiende que cualquier representación falsa o reclamo está sujeto a sanciones civiles y penales, incluidas, entre otras, las establecidas en el Título 18 del USC, sección 1001.												
1. INFORMACION DEL CONTRATO											SOLO PARA PROGRAMAS DE EMERGENCIA	
A. Código del programa		B. Año del programa		C. Código de estado y condado		D. N.º de contrato			E. ID de contrato		F. ID de desastre	
2. PRÁCTICAS APROBADAS												
A. N.º de granja	B. N.º de parcela	C. N.º de campo	D. N.º de control de práctica		E. Código de contabilidad del programa	F. Código del financiamiento	G. Unidades de práctica	H. Extensión de la práctica aprobada	I. Fecha de vencimiento de la práctica	J. Duración de las prácticas	K. Tasa y tipo de costos compartidos aprobados	L. Costos compartidos aprobados
3. COMPONENTES APROBADOS												
A. N.º de granja	B. N.º de parcela	C. N.º de campo	D. N.º de control de práctica		E. N.º de componente	F. Título del componente		G. Unidades del componente	H. Extensión del componente aprobada	I. Tasa y tipo de costos compartidos aprobados	J. Costos compartidos aprobados	
4. OBSERVACIONES												

5. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

SOLO PARA PROGRAMAS DE EMERGENCIA

A. Código del programa	B. Año del programa	C. Código de estado y condado	D. N.º de contrato	E. ID de contrato	F. ID de desastre
------------------------	---------------------	-------------------------------	--------------------	-------------------	-------------------

6. PARTICIPANTES ADICIONALES APROBADOS

Su solicitud de costos compartidos del programa para realizar las prácticas que se muestran arriba está aprobada para los establecimientos agrícolas identificados anteriormente. Al firmar a continuación, usted acepta completar las prácticas y los componentes especificados en antes de la fecha de vencimiento de la práctica o antes de ella que se indica anteriormente. Si decide no realizar esta práctica, o si no puede completarla antes de la fecha de vencimiento de la práctica, notifique por escrito de inmediato a la oficina del Funcionario Aprobador.

A(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
B(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
C(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
D(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
E(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
F(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
G(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
H(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
I(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)
J(1) Nombre, dirección y número de teléfono del Participante	(2) Firmado (por)	(3) Título/relación de la persona si firma en calidad de representante	(4) Fecha (MM-DD-AAAA)