

FSA-669A
(04-22-14)

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
Farm Service Agency

FORMULARIO DE NOMINACIÓN PARA LA ELECCIÓN EN EL COMITÉ DE CONDADO DEL FSA

Este formulario permite a individuos a designar a sí mismos o a cualquier otra persona como candidato. Si se necesitan formas adicionales, puede copiarse este formulario o puede obtener más en la Oficina FSA del Condado. Este formulario también se puede obtener en forma electrónico en <http://www.sc.egov.usda.gov>. Cada formulario presentado debe ser:

- A. Limitado a uno nominado.
 - B. Firmada y fechada por el nominado en el Punto 3. El nominado debe firmar si dispuestos a tener su nombre colocado en la boleta electoral y está de acuerdo a servir si elegido.
- Nota:** Nombre que aparece en la boleta electoral aparecerá exactamente el mismo que en los registros de la Agencia.
- C. Entregado a la Oficina FSA del Condado o por el correo no más tarde del 1 de agosto de 2014.
 - D. Firmado y fechado como un candidato de inscrito si elegido como un miembro y dispuestos a servir en el Comité de la Oficina del Condado (COC).

El Comité FSA del Condado es responsable de revisar cada formulario para determinar la elegibilidad de los nominados. Una persona que presenta este formulario y es encuentra inelegible serán tan notificado y tendrán la oportunidad de presentar un desafío.

Un productor es elegible para ser un miembro del Comité FSA del condado si el productor reside en el Área Administrativa Local (LAA) en cuál la elección se va a celebra y es elegible para votar.

Esta es una posición de servicio público no-asalariada. Se proveerá un pequeño estipendio para compensar los gastos.

Las regulaciones federales podrán prohibir miembros del Comité FSA del Condado desde la ocupación de ciertas posiciones en algunas organizaciones de granja, de productos básicos, y de político si tales posiciones plantean un conflicto de intereses con los deberes de la FSA. Las posiciones incluyen las oficinas funcionales tales como Presidente, Vicepresidente, Secretario, o Tesorero; y posiciones en las juntas o comités ejecutivos. Las restricciones de conflicto de intereses también se aplican a los empleados, operadores, gerentes y propietarios mayoritarios de depósitos de tabaco. Toda pregunta relativa a la elegibilidad deben dirigirse a la Oficina FSA del Condado.

Un candidato tiene la opción de solicitar que todos los boletas votados para un elección comité de condado individuales ser devolverse a la Oficina de Estado respectivo en lugar de ser devuelto a la Oficina de Condado. Esta solicitud deberá realizarse por escrito y cursarse al Director Ejecutivo del la Oficina Condado local antes del el anunciado de fin del el período de nominación.

Los deberes de los miembros del Comité FSA del Condado incluyen:

- A. Administración de actividades del programa granja para que se llevan a cabo por la Oficina de Condado de FSA
- B. Informar a granjeros de él finalidad y las disposiciones de los programas de la FSA
- C. Mantener el Comité del Estado de FSA informado de condiciones de LAA
- D. Vigilar los cambios en los programas de la granja
- E. Participando en las reuniones de condado como sea necesario
- F. Realización de otras tareas como asignado por el Comité del Estado de FSA.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y, donde aplique, debido a creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o porque todo o parte del ingreso personal se deriva de algún programa de asistencia pública, o por información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el Departamento. (No todas las prohibiciones se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.) Las personas con discapacidades que desean presentar una queja por discriminación, escribir a la dirección abajo indicada o, si requiere de medios alternativos para la comunicación de información sobre los programas (Braille, letra grande, cinta de sonido, etc.), debe comunicarse con el USDA's TARGET Center al teléfono (202) 720-2600 (voz y TDD). Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades en el habla que desean presentar una queja por el programa o de EEO, deben comunicarse con USDA utilizando el Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339 ó (800) 845-6136 (en español).

Para presentar una queja por discriminación o de derechos civiles, debe completar el Formulario de Queja por Discriminación de Programa de USDA, que se encuentra en internet en http://www.ascr.usda.gov/complanit_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llamar al (866) 632-9992 para pedir el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información que requiere el formulario. Envíe su queja por discriminación completada en el formulario o a través de carta por correo al US Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, DC 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por email a program.intake@usda.gov. El USDA es un proveedor y empleador que ofrece que ofrece igualdad de oportunidades

FSA-669A (04-22-14)	U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE Farm Service Agency
<h2 style="margin: 0;">FORMULARIO DE NOMINACIÓN PARA LA ELECCIÓN EN EL COMITÉ DE CONDADO DEL FSA</h2>	

1. NOMBRE DEL NOMINADO <i>(Escriba o imprimir el nombre completo del Nominado)</i>	PARA USO DEL FSA SOLAMENTE	
2. DIRECCIÓN DEL NOMINADO	4. INICIALES DEL EMPLEADO QUE RECIBE EL FORMULARIO Y FECHA DE RECEPCIÓN	
3. CERTIFICACIÓN DEL NOMINADO: <i>Yo por la presente de acuerdo a tienen mi nombre colocado en la boleta electoral, que yo voy sirva si elegido, y si hay un conflicto de interés, yo dimitirá tales posición.</i>	5. CONDADO	
<input type="checkbox"/> YO QUIERO ser testigo al asentamiento de atados de votos con otro nominado. <input type="checkbox"/> YO NO QUIERO ser testigo al asentamiento de atados de votos con otro nominado.	6. LAA	7. ESTADO

3. CERTIFICACIÓN DEL NOMINADO: <i>Yo por la presente de acuerdo a tienen mi nombre colocado en la boleta electoral, que yo voy sirva si elegido, y si hay un conflicto de interés, yo dimitirá tales posición.</i>	8. CERTIFICACIÓN DEL NOMINADOR: <i>Si esta nominación es para otra persona, el siguiente votante elegible o representante de una organización en basado en la comunidad, presenta la nominación de la persona antes mencionada para ser un candidato en la próxima elección para el Comité FSA del Condado.</i>
<input type="checkbox"/> YO QUIERO ser testigo al asentamiento de atados de votos con otro nominado. <input type="checkbox"/> YO NO QUIERO ser testigo al asentamiento de atados de votos con otro nominado.	(Si la individual es un auto nominación, no firma es requerida).

3A. FIRMA DEL NOMINADO	3B. FECHA	8A. FIRMA DEL NOMINADOR	8B. FECHA
<input type="checkbox"/> Marca aquí si el nominado es un candidato de inscrito.		(Si la individual es un auto nominación, no firma es requerida).	

9. A CUMPLIMENTAR POR EL NOMINADO

INFORMACIÓN VOLUNTARIA PARA FINES DE SUPERVISIÓN: La siguiente información es solicitada por el Gobierno Federal para el fin de supervisar FSA en sus cumplimiento con las leyes federales que prohíben la discriminación contra los participantes del programa sobre la base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado civil, discapacidad, o edad. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se alentados a hacerlo. Esta información no se utilizará para la evaluación su nominación o para discriminar a usted de ninguna manera.

ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	RAZA (Elija como muchos casillas aplicables) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o otro isleño del Pacifico	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	---	--

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

- Complete el formulario como la siguiente:
- PUNTO 1** Escriba o imprimir el nombre completo del nominado. El nominado debe ser:
 - A. Elegible para votar en la elección del Comité FSA del Condado designado.
 - B. Elegible para mantener el oficina de un miembro del Comité FSA de Condado.
 - C. Dispuestos a servir si elegido.
 - PUNTO 2** Entra la dirección actual del nominado.
 - PUNTO 3** El nominado debe marcar uno de las casillas para indicar una preferencia con respecto a al asentamiento de votos atados.
 - PUNTOS 3A Y 3B** El nominado debe firmar y fechar.
 - PUNTOS 8A Y 8B** El nominador debe firmar y fechar. *(Si la individual es un auto nominación, no firma es requerida).*
 - PUNTO 9** Completando este punto es voluntario.

TODAS LAS FORMAS DEBERÁN SE RECIBIRSE EN LA OFICINA DEL CONDADO O ENVIADO POR CORREO POR 1 DE AGOSTO 2014.

NOTA La siguiente declaración se realiza de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 [Privacy Act of 1974] (5 USC 552a según modificaciones). La norma para solicitar la información descrita en el presente formulario es la Ley Agrícola de 2014 (Agricultural Act of 2014) (Ley pub. 113-79). La información se utilizará para obtener nominados para elección del Comité FSA del Condado. La información recopilada en el presente formulario puede ser revelada a otras agencias gubernamentales federales, del estado y locales; a organismos tribales; y a organismos no gubernamentales que recibieron la autorización para acceder a esta información por medio de leyes o de normas o según se describe en los Usos Rutinarios correspondientes establecidos en el Sistema de Notificación de Registros para Registros de Personal del Condado, USDA/FSA-6). No es obligatorio proporcionar la información correspondiente al nombre, la dirección, la firma y fecha de firma del nominado, como tampoco la firma y fecha de firma de quien lo nombra (si corresponde), pero es necesario para tramitar el formulario. No proveer la información del nombre, la dirección, la firma y fecha de firma del nominado, ni la firma y fecha de firma de quien lo nombra (si corresponde) tendrá como resultado que se determine que no cumple con los requisitos de nominación para la elección del Comité FSA del Condado.

Según la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recopilación de información ni ninguna persona está obligada a responder a ésta, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para completar esta recopilación de información es 0560-0229. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima, como promedio, de 10 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Las disposiciones de las leyes penales y de fraude civil, de privacidad, así como otras legislaciones pueden aplicarse a la información provista. **ENTREGUE EL PRESENTE FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA FSA DE SU CONDADO.**