Número de control OMB: 0560-0229
Fecha de expiración OMB: 31 mar 2024

FSA-669A (SPA)
(05-11-23)

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
Farm Service Agency

FORMULARIO DE NOMINACIÓN PARA ELECCIONES PARA EL COMITÉ DEL CONDADO DE LA FSA

Este formulario permite que una persona se nomine a sí misma o nomine a cualquier otra persona como candidato. En caso de necesitar más formularios puede copiarse este o pueden solicitarse a la Oficina del Condado de la FSA u obtenerse electrónicamente en el sitio web http://www.sc.egov.usda.gov. Cada formulario presentado debe:

A. Incluir solo un candidato.

B. Estar firmado y fechado por el candidato en el Punto 3. El candidato debe firmar si está de acuerdo en que su nombre aparezca en la papeleta y acepta participar si es elegido.

Nota: El nombre que se incluirá en la papeleta será exactamente el mismo que aparece en los registros de la Agencia.

C. Enviarse a la Oficina del Condado de la FSA a más tardar el 1 de agosto de 2023 o tener un matasellos con esa fecha o una fecha anterior.

D. Estar firmado y fechado como un candidato por escrito si es elegido como miembro y está dispuesto a participar en el Comité de la Oficina del Condado (COC).

El Comité del Condado de la FSA es responsable de revisar cada formulario para determinar la elegibilidad de los candidatos. Si se encuentra que una persona nominada en este formulario no es elegible, se le notificará al respecto y tendrá oportunidad de presentar una impugnación.

Las personas nominadas deben participar activamente en la operación de una granja o hacienda, y estar calificadas para trabajar en el Comité. Un productor es elegible para integrar un Comité del Condado de la FSA si reside en el área administrativa local donde se realizará la elección y es elegible para votar.

Este es un cargo público no remunerado. Solo se entrega un pequeño estipendio para compensar gastos.

Las regulaciones federales pueden prohibir que los miembros del Comité del Condado de la FSA ocupen ciertos cargos en algunas organizaciones agrícolas, de productos básicos y políticas si dichos cargos plantean un conflicto de intereses con la labor de la FSA. Los cargos incluyen puestos funcionales como presidente, vicepresidente, secretario o tesorero, y cargos en juntas o comités ejecutivos. Las restricciones vinculadas a conflictos de intereses también se aplican a empleados, operadores, administradores y accionistas mayoritarios de almacenes de tabaco. Las preguntas sobre la elegibilidad deben dirigirse a la Oficina del Condado de la FSA.

Las tareas de los miembros del Comité del Condado de la FSA son las siguientes:

A. Gestionar actividades del programa agrícola llevadas adelante por la Oficina del Condado de la FSA.
B. Informar a los agricultores sobre el propósito y las disposiciones de los programas de la FSA.
C. Mantener al Comité del Estado de la FSA informado de las condiciones del área administrativa local.
D. Monitorear los cambios en los programas agrícolas.
E. Participar en reuniones del condado, según sea necesario.
F. Realizar otras tareas asignadas por el Comité del Estado 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 de los Estados Unidos, 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 el formulario completo 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.

Número de control OMB: 0560-0229
Fecha de expiración OMB: 31 mar 2024

FSA-669A (SPA)
(05-11-23)

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
Farm Service Agency

FORMULARIO DE NOMINACIÓN PARA ELECCIONES PARA EL COMITÉ DEL CONDADO DE LA FSA

1. NOMBRE DEL CANDIDATO *(nombre completo del candidato escrito a máquina o en letra de imprenta)*

2. DIRECCIÓN DEL CANDIDATO

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DEL CONDADO DE LA FSA

4. INICIALES DEL EMPLEADO QUE RECIBE EL FORMULARIO Y FECHA DE RECEPCIÓN

5. CONDADO

6. ÁREA ADMINISTRATIVA LOCAL

7. ESTADO

3. CERTIFICACIÓN DEL CANDIDATO:

Por la presente acepto que se incluya mi nombre en la papeleta, que participaré si soy elegido y que si surge un conflicto de intereses renunciaré al cargo.

☐ *SÍ deseo presenciar la resolución del empate de votos con otro candidato.*

☐ *NO deseo presenciar la resolución del empate de votos con otro candidato.*

3A. FIRMA DEL CANDIDATO

3B. FECHA

☐ ***Marque aquí si el candidato es un candidato por escrito.***

8. CERTIFICACIÓN DEL NOMINADOR:

Si esta nominación es realizada por otra persona, el siguiente representante de una organización comunitaria o votante elegible por la presente nomina a la persona arriba mencionada para que sea candidata en la próxima elección del Comité del Condado de la FSA para el condado.

8A. FIRMA DEL NOMINADOR

8B. FECHA

(Si la persona se autonomina, no es necesaria la firma).

9. PARA SER COMPLETADO POR EL CANDIDATO

INFORMACIÓN VOLUNTARIA A LOS EFECTOS DE CONTROL: El Gobierno Federal solicita la siguiente información para controlar que la FSA cumpla con las leyes federales que prohíben la discriminación contra los participantes del programa por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, estado civil, condición de discapacidad o edad. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero lo instamos a que lo haga. Esta información no se usará para evaluar su nominación ni para discriminarlo de ninguna manera.

ORIGEN ÉTNICO

☐ Hispano o latino
☐ No hispano o latino
☐ Prefiero no decir

RAZA (marque tantos casilleros como corresponda)

☐ Indígena americano o indígena de Alaska
☐ Asiático
☐ Blanco
☐ Negro o afroamericano
☐ Indígena de Hawái u otro isleño del Pacífico
☐ Prefiero no decir

SEXO

☐ Hombre
☐ Mujer
☐ No binario
☐ Prefiero no decir

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete el formulario de la siguiente manera:

PUNTO 1 Escriba a máquina o en letra de imprenta el nombre completo del candidato. El candidato debe:
A. Ser elegible para votar en la correspondiente elección del Comité del Condado de la FSA.
B. Ser elegible para ocupar el cargo de miembro del Comité del Condado de la FSA.
C. Estar dispuesto a participar si es elegido.

PUNTO 2 Ingrese la dirección actual del candidato.

PUNTO 3 El candidato debe marcar uno de los casilleros para indicar su preferencia respecto de la resolución del empate de votos.

PUNTOS 3A Y 3B El candidato debe firmar y poner la fecha.

PUNTOS 8A Y 8B El nominador debe firmar y poner la fecha. *(Si la persona se autonomina, no es necesaria la firma).*

PUNTO 9 Completar este punto es voluntario.

TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN RECIBIRSE EN LA OFICINA DEL CONDADO A MÁS TARDAR EL 1 DE AGOSTO DE 2023 O TENER UN MATASELLOS CON ESA FECHA O UNA FECHA ANTERIOR.

NOTA: *La siguiente declaración se realiza de conformidad con la Ley de Privacidad (Privacy Act) de 1974 (5 USC 552a - como fuera reformada). La autoridad para solicitar la información identificada en este formulario es la Ley de Alimentos, Conservación y Energía (Food, Conservation, and Energy Act) de 2008 (16 U.S.C. 590, et. al) y 7 CFR Parte 7. La información se utilizará para obtener candidatos para la elección del Comité del Condado de la FSA. La información recabada en este formulario puede divulgarse a otras agencias del gobierno federal, estatal y local, agencias tribales y entidades no gubernamentales que estén autorizadas a acceder a la información por ley o reglamento, o como se describe en los Usos de Rutina (Routine Uses) aplicables identificados en la Notificación del Sistema de Registro para Registros del Personal del Condado (System of Records Notice for County Personnel Records), USDA/FSA-6. El suministro de información sobre el nombre, dirección, firma/fecha del candidato y la firma/fecha del nominador (cuando corresponda) es voluntario, pero necesario para procesar el formulario. El hecho de no suministrar información sobre el nombre, dirección, firma/fecha del candidato y la firma/fecha del nominador (cuando corresponda) se traducirá en una determinación de no elegibilidad para la nominación para la elección del Comité del Condado de la FSA.*

Declaración de Carga Pública (Public Burden Statement) (Ley de Reducción de Trámites - Paperwork Reduction Act): *De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, una agencia no puede realizar ni auspiciar, y una persona no está obligada a responder a, una solicitud de información, a menos que tenga un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta solicitud de información es 0560-0229. Se estima que el tiempo necesario para proporcionar la información solicitada es, en promedio, de 10 minutos por cada respuesta. Esto incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos, recopilar y mantener la información necesaria, y llenar y revisar la solicitud de información. Las disposiciones de fraude penal y civil, privacidad y otras leyes apropiadas pueden ser aplicables a la información proporcionada.* ***ENTREGUE ESTE FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DEL CONDADO DE LA FSA.***