

FSA-669A
(02-25-08)

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
Farm Service Agency

FORMULARIO DE NOMINACIÓN PARA LA ELECCIÓN DEL COMITÉ FSA DEL CONDADO

La elección del Comité FSA del Condado se realizará el primer lunes de diciembre. La votación se enviará por correo a los votantes no antes de 4 semanas antes de la elección.

Este formulario permite a los individuos nominarse o nominar a otra persona como candidato. Si se necesitan formularios adicionales, éste se puede copiar u obtener en la Oficina FSA del condado o electrónicamente en <http://forms.sc.egov.usda.gov>. Cada formulario sometido debe:

- A. Limitarse a un nominado.
- B. El nominado debe firma y fechar el punto 4. El nominado debe firmar si está dispuesto a que su nombre aparezca en la lista de votación y acuerda ser miembro si es elegido.

Nota: El nombre en la votacion aparecera igual que en los registros de la Agencia.

- C. Entregarse a la Oficina FSA del Condado o enviarse antes del 1 de agosto.

El Comité FSA del Condado es responsable de revisar cada formulario para determinar la elegibilidad de los nominados. Si una persona presenta el formulario y no es elegible será notificada y tendrá oportunidad de presentar una objeción.

Las personas nominadas deben participar activamente en la operación de una granja o rancho y estar bien capacitadas para el trabajo del comité. Un productor es elegible para ser miembro del comité si reside en el Área Administrativa Local (LAA) en la que se realizará la elección y si es elegible para votar.

Las regulaciones federales pueden prohibir a los miembros del Comité FSA del Condado tener ciertos cargos en alguna granja, servicio de mercancías y organizaciones políticas si dicho cargo representa un conflicto de intereses con las obligaciones con FSA. Dichos cargos incluyen funciones como presidente, vicepresidente, secretario o tesorero; y cargos en juntas o comités ejecutivos. Las restricciones de conflicto de intereses también aplican a los empleados, operadores, gerentes y propietarios de la mayoría de almacenes de tabaco. Las preguntas concernientes a la elegibilidad deben dirigirse a la Oficina FSA del Condado.

Un candidato tiene la opción de solicitar que todas las papeletas de voto ya votadas para una elección individual de comité de condado se devuelvan a la Oficina Estatal respectiva para devolverlas a la oficina del condado. Esta solicitud debe ser por escrito y someterse al Director Ejecutivo local del Condado antes del final anunciado del periodo de nominación.

Las obligaciones de los miembros del Comité FSA del Condado incluyen:

- A. Administrar las actividades de los programas para granjas realizados por la Oficina FSA del Condado.
- B. Informar a los granjeros sobre el propósito y las disposiciones de los programas FSA.
- C. Mantener al Comité FSA Estatal informado sobre las condiciones LAA.
- D. Monitorear los cambios en los programas par alas granjas.
- E. Participar en las juntas del condado según sea necesario.
- F. Realizar otras obligaciones asignadas por el Comité FSA Estatal.

FSA-669A
(02-25-08)U.S. Department of Agriculture
Farm Service Agency**FORMULARIO DE NOMINACIÓN PARA LA ELECCIÓN DEL COMITÉ FSA DEL CONDADO**

1. NOMBRE DEL NOMINADO (<i>Escriba el nombre completo a máquina o en letra de molde</i>)		PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA FSA
2. DIRECCIÓN DEL NOMINADO		
3. CERTIFICACIÓN DEL NOMINADO <i>Por el presente, acuerdo que se ponga mi nombre en la lista de votación, que seré miembro si resulto electo y que si hay conflicto de interés dimitiré al cargo.</i>		5. INICIALES DEL EMPLEADO QUE RECIBE EL FORMULARIO Y FECHA (DD-MM-AAAA)
<input type="checkbox"/> <i>DESEO ser testigo del arreglo en caso de empate con otro nominado.</i> <input type="checkbox"/> <i>NO deseo ser testigo del arreglo en caso de empate con otro nominado.</i>		6A. CONDADO
		6B. LAA NÚM.
4A. FIRMA DEL NOMINADO		7. ESTADO
4B. FECHA (DD-MM-AAAA)		LA FECHA DE ELECCIÓN ES EL 1er LUNES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO CALENDARIO

8. EL NOMINADO DEBE LLENAR ESTA PARTE

INFORMACIÓN VOLUNTARIA PARA PROPÓSITOS DE MONITOREO: El Gobierno Federal solicita la siguiente información para monitorear el cumplimiento de la FSA' con las leyes federales que prohíben la discriminación contra los participantes de un programa basados en la raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado civil, incapacidad o edad. No se requiere que proporcione esta información pero se le motive a hacerlo. Esta información no se usará para evaluar su nominación o para discriminarlo de ninguna manera.

<u>GRUPO ÉTNICO</u>	<u>RAZA (Elija cuantas cajas sean aplicables)</u>	<u>SEXO</u>
<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afro americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete de la siguiente forma:

PUNTO 1 Escriba el nombre completo a máquina o en letra de molde. El nominado debe ser:

- A. Elegible para votar en las elecciones del Comité designado FSA del Condado.
- B. Elegible para el cargo de miembro del Comité.
- C. Estar dispuesto a ser miembro si es elegido.

PUNTO 2 Colocar el domicilio actual del nominado.**PUNTO 3** El nominado debe marcar una de las cajas para indicar una preferencia respecto al arreglo de los votos empatados.**PUNTO 4** El nominado debe firmar y fechar.**PUNTO 8** Completar este punto es voluntario.**TODAS LAS FORMAS DEBEN RECIBIRSE EN LA OFICINA DEL CONDADO O ENVIARSE ANTES DEL 1 DE AGOSTO.**

NOTA: La siguiente declaración se hace de acuerdo a la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a) y a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, según su enmienda. La autoridad para solicitar la información es 7 CFR Parte 7. La información se usará para obtener nominados para el Comité FSA del Condado.

De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, una agencia no puede realizar o patrocinar, y no se le requiere a una persona a responder, información a menos que tenga un número de control OMB válido. Dicho número para esta recopilación de información es 0560-0229. El tiempo requerido para completar esta recolección de información se calcula en un promedio de 10 minutos por respuesta incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes existentes de datos, recopilar y mantener dichos datos y completar y revisar la información.

DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA FSA DEL CONDADO.