



SOLICITUD PARA AGRICULTORES Y GANADEROS PRINCIPIANTES, Y PARA AGRICULTORES Y GANADEROS VETERANOS

Producers Ag Insurance Group®, 2025 South Hughes, Suite 200, Amarillo, TX 79109

Fecha _____

Página _____ de _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE:			NOMBRE DE AGENCIA:			CÓDIGO DE AGENCIA:			AÑO DE COSECHA:		
CALLE Y/O DIRECCIÓN POSTAL:						DIRECCIÓN:			NÚMERO DE PÓLIZA:		
CIUDAD:		ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:		CIUDAD:		ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:	
NÚMERO DE TELÉFONO:		CELULAR:		CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE:		NÚMERO DE TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO DEL AGENTE:		CANCELACIÓN DE NUEVA SOLICITUD MODIFICADA	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		TIPO DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		TIPO DE PERSONA:		REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL SOLICITANTE:					

CERTIFICACIÓN DE AGRICULTOR/GANADERO PRINCIPIANTE

He producido las siguientes cosechas y/o ganado en el(los) estado(s)/condado(s) identificado(s) durante el periodo de tiempo proporcionado: Solicito las siguientes exclusiones autorizadas para Agricultores/Ganaderos Principiantes de la consideración como años de cosecha que producen cultivos o ganado. Certifico que fui:

FECHAS DE PRODUCCIÓN DE CUALQUIER COSECHA O GANADO					FECHAS DE EXCLUSIÓN		
DESDE (MM/AA)	ESTADO	TIPO DE COSECHA(S)/GANADO	AÑO DE COSECHA	PROGRAMA USDA*	DESDE (MM/AA)	TIPO DE EXCLUSIÓN**	AÑO(S) DE COSECHA
HASTA (MM/AA)	CONDADO				HASTA (MM/AA)		

HISTORIA DE PRODUCCIÓN

Solicito/no solicito (marque uno) usar el historial de producción de una granja/rancho donde participé en la toma de decisiones o las actividades físicas necesarias para producir la cosecha o el ganado en la granja. Si he optado por utilizar el historial de producción, identificaré los años de cosecha aplicables con los que califico para utilizar el historial de producción, cuyo historial de producción se utilizará, y el número de granja/extensión y campo de la superficie para la información de APH que se transfiere.

NOMBRE DE LA PERSONA	COSECHA	AÑO(S) DE COSECHA QUE CALIFICA(N)	NÚMERO DE GRANJA/EXTENSIÓN/CAMPO DE LA FSA

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL AGRICULTOR/GANADERO PRINCIPIANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL AIP)

AÑOS DE CUTIVO/GANADO PRODUCIDO	NÚMERO DE AÑOS DE PRODUCCIÓN COSECHA/GANADO	AÑOS DE COSECHA EXCLUIDOS	NÚMERO DE AÑOS EXCLUIDOS	NÚMERO DE AÑOS AL DETERMINAR BFR
AÑOS TOTALES				

Número de años de cosecha elegibles que el solicitante de BFR califica para recibir beneficios de BFR _____ (_____ para WFRP), este número incluye el año de cosecha de la solicitud de BFR.

* Identifique cualquier agencia/programa del USDA en el que participó para las cosechas/ganado. Las opciones de agencia/programa del USDA son AMS, FSA, NRCS, RMA o No afiliado.

** Los tipos de exclusiones son Educación postsecundaria, menores de 18 años, Guardia Nacional y Servicio militar activo/reservista.



SOLICITUD PARA AGRICULTORES Y GANADEROS PRINCIPIANTES, Y PARA AGRICULTORES Y GANADEROS VETERANOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE	AÑO DE COSECHA

DECLARACIÓN DEL AGRICULTOR/GANADERO PRINCIPIANTE

Según lo provisto por mí en este formulario, certifico que no he tenido interés en ninguna cosecha o ganado durante más de 5 años de cosecha (10 años para WFRP), en todo el país, excluyendo los períodos de tiempo en los que tuve menos de 18 años, en estudios postsecundarios o en servicio militar activo. Entiendo que un interés en cultivos o ganado incluye un interés:

- (1) como un individuo;
- (2) como tenedor de intereses de al menos el 10 por ciento de interés en otra persona; y/o
- (3) de cualquier persona con un interés de al menos el 10 por ciento en mí.

Entiendo que cualquier certificación inexacta resultará en un nuevo cálculo de mis garantías de rendimiento, tarifa administrativa, primas y cualquier pago de pérdida aplicable.

Entiendo que solo debo completar una Solicitud de BFR; no es necesaria ninguna enmienda, a menos que decida cancelar los beneficios, corregir un formulario enviado previamente o enmendar mis excepciones para su consideración. También entiendo que debo proporcionar la Solicitud de BFR a cualquier otro AIP con el que pueda tener una póliza en el año actual o en los años siguientes.

Entiendo que si en cualquier momento después de esta Solicitud, se realiza algún cambio en la póliza al asegurado o al/a los beneficiario(s) sustancial(es), esto puede afectar mi elegibilidad para los beneficios de Agricultor/Ganadero principiante.

Entiendo que si mi póliza tiene múltiples beneficiarios sustanciales o si está asegurando una parte del propietario/inquilino, todos deben calificar como Agricultores/Ganaderos Principiantes para que se apliquen los beneficios.

CERTIFICACIÓN DE AGRICULTOR/GANADERO VETERANO

Soy un veterano que sirvió en el servicio militar, naval o aéreo activo en las Fuerzas Armadas, y fui dado de baja o relevado en condiciones distintas a las deshonrosas, en las Fuerzas Armadas.

He operado una granja en el(los) estado(s)/condado(s) identificado(s) menos de 5 años, durante los períodos de tiempo estipulados.

FECHAS OPERANDO UNA GRANJA

DESDE (MM/AA)	HASTA (MM/AA)	ESTADO	CONDADO	AÑO DE COSECHA	PROGRAMA USDA*

* Identifique cualquier agencia/programa del USDA en el que participó para las cosechas/ganado.

Si califica para Agricultor/Ganadero Veterano basado en haber sido dado de baja dentro de los últimos 5 años, fecha de la primera baja del servicio activo: _____

HISTORIA DE PRODUCCIÓN

Solicito/no solicito (marque uno) usar el historial de producción de una granja/rancho donde participé en la toma de decisiones o las actividades físicas necesarias para producir la cosecha o el ganado en la granja.

Si he optado por utilizar el historial de producción, identificaré los años de cosecha aplicables que califico para usar el historial de producción, cuyo historial de producción se utilizará y el número de la granja/ extensión y campo de la superficie para la información de APH que se transfiere.

DECLARACIÓN DEL AGRICULTOR/GANADERO VETERANO

Como se estipula en este formulario, certifico que yo (seleccione uno)

- (1) no he operado una granja o rancho por más de cinco años; o
- (2) soy un veterano que obtuvo dicha condición por primera vez dentro del último período de cinco años.

Entiendo que cualquier certificación inexacta resultará en nuevos cálculos de mis garantías de rendimiento, tarifa administrativa, primas y cualquier pago de pérdida aplicable.

Entiendo que solo debo completar una solicitud para VFR; no es necesaria ninguna enmienda a menos que decida cancelar los beneficios, corregir un formulario enviado anteriormente o enmendar mis excepciones para su consideración. También entiendo que debo proporcionar la solicitud de VFR a cualquier otro AIP con el que pueda tener una póliza en el año actual o en los años siguientes.

Entiendo que si, en cualquier momento después de la solicitud, se realiza algún cambio en la póliza al asegurado o al/a los beneficiario(s) sustancial(es), esto puede afectar mi elegibilidad para los beneficios de Agricultor/Ganadero Veterano.

Entiendo que si mi póliza tiene múltiples beneficiarios sustanciales, con la excepción de un cónyuge, si corresponde, o si está asegurando una parte del propietario/inquilino, todos deben calificar como Agricultor/Ganadero Veterano para que se apliquen los beneficios.



SOLICITUD PARA AGRICULTORES Y GANADEROS PRINCIPIANTES, Y PARA AGRICULTORES Y GANADEROS VETERANOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE	AÑO DE COSECHA
COMENTARIOS:	

DECLARACIÓN DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS (LEY DE PRIVACIDAD)

Agentes, ajustadores de pérdidas y asegurados

Las siguientes declaraciones se realizan de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552a): La Agencia de Gestión de Riesgos (RMA) está autorizada por la Ley Federal de Seguros de Cultivos (7 U.S.C. 1501-1524) o por otras leyes, y las reglamentaciones promulgadas en virtud de las mismas, para solicitar la información requerida en documentos establecidos por RMA o por los proveedores de seguros aprobados (AIP) que hayan sido aprobados por la Corporación Federal de Seguros de Cosechas (FCIC) para emitir seguros federales de cosechas. La información es necesaria para que los AIP y RMA operen el programa federal de seguro de cosechas, determinen la elegibilidad del programa, realicen análisis estadísticos y garanticen la integridad del programa. La información establecida en este documento se puede proporcionar a otras agencias federales, estatales o locales, según lo requiera o permita la ley, las agencias de aplicación de la ley, los tribunales u organismos adjudicadores, las agencias extranjeras, el magistrado, el tribunal administrativo, los contratistas y cooperadores de AIP, el Sistema Integral de Gestión de Información (CIMS), oficinas del congreso o entidades en virtud de un contrato con RMA. Para los agentes de seguros, cierta información también puede divulgarse al público con el fin de ayudar a las personas interesadas a localizar agentes en un área en particular. La divulgación de la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, si no se informa correctamente la información solicitada, AIP o RMA pueden rechazar este documento de conformidad con el Acuerdo de Reaseguro Estándar entre AIP y FCIC, las regulaciones federales o los procedimientos aprobados por RMA y la denegación de la elegibilidad en virtud del programa o los beneficios derivados de ello. Además, la falta de información verdadera y correcta puede resultar en una acción penal o civil y la evaluación de sanciones o la búsqueda de otros recursos.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los 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, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas en pos de los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas).

Para presentar una Queja en relación con el Programa

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de derechos civiles, complete el formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se encuentra en línea en www.ascr.usda.gov/ad-3027-usda-program-discrimination-complaint-form, o en cualquier oficina USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja completo o carta por correo al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o envíe un correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Personas con Discapacidades

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para recibir la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA llamando al (202) 720 -2600 (voz y TTY), o pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Las personas con discapacidades que deseen presentar una queja en relación con el programa deben consultar la información indicada anteriormente sobre cómo comunicarse con el Departamento directamente por correo postal o correo electrónico.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información indicada en este formulario es correcta. También comprendo que el hecho de no informar de manera completa y precisa puede dar lugar a sanciones en virtud de mi póliza, lo que incluye pero no se limita a la anulación de la misma, y a sanciones penales o civiles (18 U.S.C. §1006 y §1014; 7 U.S.C. §1506; 31 U.S.C. §3729, §3730 y cualquier otro estatuto federal aplicable).

Nombre del solicitante/asegurado en letra de imprenta	Firma del solicitante/asegurado	Fecha
Approved Insurance Provider's (AIP) Name & AIP Representative's Name	Firma del representante de AIP	Fecha