

El abajo firmante hace, constituye y nombra _____ de (dirección) _____
 (Nombre de la persona designada)

en el Condado de _____ y el Estado de _____, the el abogado verdadero y legítimo, por y en nombre
 (Condado de ejecución) (Estado de ejecución)
 y lugar del abajo firmante, en relación con la póliza de seguro y/o el número de póliza _____.
 (Póliza o Número de póliza)

El abajo firmante otorga y cede a dicho abogado plena autoridad y poder para realizar las acciones que se indican a continuación, ratificando y confirmando plenamente todo lo que dicho abogado legalmente hará, o hará que se haga, en virtud del presente:

- | | |
|---|--|
| 1. Solicitud de seguro. | 2. Realización de informes de superficie de cultivo. . |
| 3. Dar aviso de daño o pérdida. | 4. Reclamación de indemnización. |
| 5. Hacer un cambio de política. | 6. Realización de traslados y cancelaciones. |
| 7. Proporcionar informes de producción requeridos por el programa. | |
| 8. Tomar todas las medidas relacionadas con la cobertura de seguro proporcionada bajo la póliza y/o número de póliza identificados anteriormente. | |

Este poder legal se presentará en la oficina donde se mantiene el archivo oficial del seguro y permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que la oficina que mantiene la carpeta del archivo oficial del seguro haya recibido una notificación por escrito de su revocación (dicha revocación se colocará en la carpeta de archivo oficial del seguro)

Este poder legal está firmado y fechado en _____, _____ el _____ día de _____.
 (Ciudad) (Estado) (Día) (Mes) (Año)

_____ Escriba el nombre del testigo	_____ Firma de testigo	_____ Fecha	_____ Escriba el nombre del testigo	_____ Firma de testigo	_____ Fecha
--	---------------------------	----------------	--	---------------------------	----------------

_____ Nombre del asegurado, en letra de imprenta	_____ Firma de testigo	_____ Fecha
--	---------------------------	----------------

Por la presente acepto el nombramiento anterior:

_____ Nombre de la persona designada, en letra imprenta	_____ Firma de la persona designada	_____ Fecha
---	--	----------------

Consulte la página dos para ver las declaraciones necesarias

ACUSE DE RECIBO: (Para uso de Notario Público)

(Utilice el acuse de recibo si así lo requiere el estado donde se toma el acuse de recibo). Las firmas del asegurado y la persona designada deben estar certificadas ante notario cuando lo exija la ley. No se requieren firmas de testigos, si están notarizadas.

Estado de: _____
 (Estado de ejecución)

Condado de: _____
 (Condado de ejecución)

En este, _____ día para _____, _____
 (Día) (Mes) (Año)

ante mí un notario público, el funcionario abajo firmante, compareció personalmente _____,
 (Nombre del asegurado)

que yo conozco (o probado satisfactoriamente) como la persona cuyo nombre está suscrito en el instrumento interno, y reconozco que ejecutó el mismo para los fines allí contenidos.

En testimonio de esto, coloco mi firma y el sello oficial.

Sello del notario y firma del notario:

**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 en relación con el programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, disponible en línea en www.ascr.usda.gov/ad-3027-usda-program-discrimination-complaint-form, o en cualquier oficina del 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.