



SOLICITUD ARH/TRANSFERENCIA/CANCELACIÓN/PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO/INFORME DE SUPERFICIE/ FORMULARIO DE COMBINACIÓN DE HOJA DE TRABAJO PREVIA A LA ACEPTACIÓN DEL PRODUCTOR

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W., Suite 204, Amarillo, TX 79106

Fecha _____ de _____
Página _____ de _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ASEGURADO:			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:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL AGENTE:		ESTADO:							
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TIPO DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TIPO DE PERSONA:	REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL SOLICITANTE:				TIPO DE POLÍTICA:						
NOMBRE DEL CÓNYUGE:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE:	TIPO DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE:	TIPO DE PERSONA:		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NUEVA APLICACIÓN</td> <td>TRANSFERIR</td> </tr> <tr> <td>REINTEGRAR</td> <td>AÑADIR CULTIVO A LA POLÍTICA</td> </tr> <tr> <td>CANCELACIÓN</td> <td>CAMBIOS EN LA POLÍTICA</td> </tr> </table>		NUEVA APLICACIÓN	TRANSFERIR	REINTEGRAR	AÑADIR CULTIVO A LA POLÍTICA	CANCELACIÓN	CAMBIOS EN LA POLÍTICA
NUEVA APLICACIÓN	TRANSFERIR												
REINTEGRAR	AÑADIR CULTIVO A LA POLÍTICA												
CANCELACIÓN	CAMBIOS EN LA POLÍTICA												
¿Soy un agricultor de recursos limitados?		Sí No	¿El solicitante está asegurando la parte del inquilino?		Sí No								
¿El solicitante tiene al menos 18 años?		Sí No	¿El solicitante está asegurando la parte del propietario?		Sí No								

OTROS CAMBIOS: Agregar/Cambiar/Corregir representante autorizado del asegurado Corregir el número de identificación del asegurado Corregir el deletreo del nombre del asegurado Agregar o quitar la elección "Condado agregado"
 Agregar o quitar SBI Modificar/Corregir la dirección del asegurado Corregir el número de identificación del SBI Corregir el deletreo del nombre de SBI Otro (explicar en Comentarios)

SECCIÓN DE SBI: enumere a todas las personas o entidades que tengan un interés sustancial y beneficioso en usted, tal como se define en las disposiciones aplicables de la póliza (incluidos los propietarios o inquilinos asegurados por el solicitante). Si no hay ninguno, indique NINGUNO. Consulte el formulario de informe SSN/EIN para obtener más espacio.

NOMBRE	DIRECCION COMPLETA	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE PERSONA

INFORMACIÓN DE LA COSECHA

AÑO DE COSECHA EFECTIVO	NOMBRE DEL CULTIVO		TIPO	NIVEL DE COBERTURA	ESTRUCTURA DE LA UNIDAD (EU O WF)	ACRES DESTINADOS
CONDADO	CONDADO DESIGNADO	PLAN	PRÁCTICA	% DEL PRECIO, PRECIO PROY. , MONTO DEL SEGURO O FACTOR DE PROTECCIÓN	OPCIONES, ELECCIONES O ENDOSOS	

OBSERVACIONES:



SOLICITUD ARH/TRANSFERENCIA/CANCELACIÓN/PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO/INFORME DE SUPERFICIE/ FORMULARIO DE COMBINACIÓN DE HOJA DE TRABAJO PREVIA A LA ACEPTACIÓN DEL PRODUCTOR

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W., Suite 204, Amarillo, TX 79106

N.º de póliza _____ Año de cosecha _____ Fecha _____ Página _____ de _____

CONDICIONES DE ACEPTACIÓN:

Esta solicitud es aceptada y el seguro entra en vigor de acuerdo con la póliza, a menos que: (1) La Corporación Federal de Seguros de Cultivos determina que, de acuerdo con las regulaciones, el riesgo es excesivo; (2) cualquier hecho material se omite, se oculta o se tergiversa en esta solicitud o en la presentación de esta solicitud; (3) no ha proporcionado la información completa y precisa requerida por esta solicitud; o (4) la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es "sí". Una respuesta afirmativa a estas preguntas no redundará automáticamente en el rechazo de la solicitud. Por ejemplo, si responde "sí" a la pregunta (a) pero su deuda fue cancelada en quiebra, la solicitud no será rechazada.

- | | | | |
|----|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SÍ | NO | (a) | ¿Está usted endeudado actualmente, y la deuda está en mora por la cobertura del seguro de cultivos en virtud de la Ley Federal de Seguros de Cultivos? |
| SÍ | NO | (b) | ¿Ha sido condenado en los últimos cinco años en virtud de la ley federal o estatal por plantar, cultivar, producir, cosechar o almacenar una sustancia controlada? |
| SÍ | NO | (c) | ¿Alguna vez ha cancelado la cobertura de seguro en virtud de la autoridad de la Ley Federal de Seguros de Cosechas por una violación de los términos del contrato o las regulaciones, o por no pagar su deuda en mora? |
| SÍ | NO | (d) | ¿Está descalificado o excluido de conformidad con la Ley Federal de Seguros de Cosechas, las regulaciones de la Corporación Federal de Seguros de Cosechas o el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos? |
| SÍ | NO | (e) | ¿Alguna vez ha celebrado un acuerdo con la Corporación Federal de Seguros de Cosechas o con el Departamento de Justicia de que se abstendrá de participar en programas en virtud de la autoridad de la Ley Federal de Seguros de Cosechas y tal acuerdo sigue vigente? |
| SÍ | NO | (f) | ¿Tiene un seguro similar respecto de alguna de las cosechas antes mencionadas? |

Entiendo que, si la cobertura de cualquier cosecha está actualmente finalizada o hubiera cesado posteriormente por endeudamiento si esta solicitud se hubiera presentado después de la fecha de cese, no se puede proporcionar ninguna cobertura y no tengo derecho a ningún beneficio en virtud de la Ley Federal de Seguro de Cosechas hasta que se corrija la causa del cese.

Le notificaremos el rechazo a través de una notificación mediante el correo de los Estados Unidos, con franqueo pagado, a la dirección del solicitante. A menos que se rechace, o la fecha de cierre de ventas haya pasado en el momento en que firmó esta solicitud, el seguro estará vigente para las cosechas y los años de cosecha especificados y continuará por cada año de cosecha siguiente, a menos que se especifique lo contrario en la póliza hasta que se cancele, se finalice o se anule. No se renunciará ni modificará ningún término o condición del contrato a menos que dicha renuncia o cambio esté expresamente permitido por el contrato y se realice por escrito.

INFORMACIÓN DE CANCELACIÓN: debe completarse solo si cancela la cobertura de seguro sin transferirla a otro proveedor de seguros aprobado (AIP):

Sí, por la presente solicito la cancelación de mi póliza de seguro de cultivos para las cosechas y el año de cosecha que se muestra en esta cancelación. Entiendo que, si este formulario no se ejecuta en o antes de la fecha de cancelación de cualquier año de cosecha enumerado, la cancelación del seguro respecto de dichas cosechas no será efectiva hasta el siguiente año de cosecha.

Nombre en letra de imprenta del representante de AIP _____

Firma del representante de AIP _____

Fecha _____

INFORMACIÓN SOBRE LA TRANSFERENCIA DE LA PÓLIZA: debe completarse solo si cancela la póliza anterior y transfiere la experiencia y la cobertura de seguro de otro Proveedor de Seguros Aprobado (AIP):

Sí, por la presente solicito la cancelación de mi póliza de seguro de cultivos con (cedo el nombre de AIP y número de póliza) _____ para la(s) cosecha(s) y año(s) de cosecha que se muestran arriba porque he cancelado mi seguro de cosecha o solicité el seguro con otra persona. Proveedor de seguros aprobado. Entiendo que si este formulario no se ejecuta en o antes de la fecha establecida para cualquier cultivo enumerado, la cancelación del seguro de dicho cultivo no entrará en vigencia hasta el siguiente año de cosecha. .

Cosecha(s) a cancelar y transferir: _____

Año de cosecha de las cosechas que se cancelan y se transfieren: _____

Sí, por la presente autorizo y ordeno al _____ que se muestra arriba para que proporcione cualquier información relativa a mi póliza de seguro al Proveedor de seguro adoptado y aprobado que se indica a continuación. Entiendo que si la cobertura de cualquier cultivo se cancela ahora o se hubiera cancelado posteriormente por una deuda morosa si no se hubiera producido esta transferencia, el Proveedor de seguros que se supone aprobado no puede proporcionar ninguna cobertura **Producers Ag Insurance Group, Inc.**

Mediante la presentación de este formulario, nos comprometemos a proporcionar a este solicitante un seguro de cosecha para la(s) cosecha(s) y el año de cosecha especificados anteriormente, a menos que este formulario no se ejecute en o antes de la fecha de cancelación establecida para cualquiera de la(s) cosecha(s) indicada(s), en cuyo caso se proporcionará un seguro para dicha(s) cosecha(s) para el siguiente año de cosecha.

Nombre del agente adoptado _____

Dirección, ciudad, estado y código postal del agente adoptado _____

Nombre en letra de imprenta del representante de AIP autorizado para aceptar solicitudes _____

Firma del representante de AIP autorizado para aceptar solicitudes _____

Fecha de aceptación _____

Código AIP _____

Consulte las últimas páginas de la Solicitud de ARH/Transferencia/Cancelación/Rendimiento e ingresos/ Informe de superficie cultivada/Formulario combinado de hoja de trabajo previa a la aceptación del productor, para ver las declaraciones requeridas.



SOLICITUD ARH/TRANSFERENCIA/CANCELACIÓN/PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO/INFORME DE SUPERFICIE/ FORMULARIO DE COMBINACIÓN DE HOJA DE TRABAJO PREVIA A LA ACEPTACIÓN DEL PRODUCTOR

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

N.º de póliza _____ Año de cosecha _____ Fecha _____ Página ____ de ____

HOJA DE TRABAJO DE PRECEPTACIÓN DEL PRODUCTOR											
DESCRIPCIÓN LEGAL*	NOMBRE DEL BLOQUE O GRANJA	N.º DE BLOQUE O PARCELA	MO - AÑO PLANTADO O EXPLOTADO	ACRES	VARIEDAD	NÚMERO DE PLANTAS/ÁRBOLES/VIDES/ARBUSTOS**	DISTANCIA ENTRE LAS PLANTAS	DENSIDAD**	INTERCALADO CON OTRO CULTIVO	PRACTICA IRR O NI	TIPO DE SUPERFICIE
NÚMERO DE GRANJA/EXTENSIÓN/CAMPO DE FSA		N.º DE LÍNEA	MO - AÑO INJERTADO *****		TIPO		PATRÓN DE SIEMBRA***	PORCENTAJE DE SOPORTE		PORTAINJERTO ****	ASEGURABLE O NO ASEGURABLE O EXCLUIDO
ACRES TOTALES					TOTAL						

*Descripción legal: sección, municipio, rango, otro identificador de tierras (por ejemplo, concesiones de tierras españolas, metros y límites, etc.); **No se aplica a los arándanos rojos ni a los arándanos bajos; ***Patrón de plantación: consulte el Anexo 18 de CIH; ****Cuando sea aplicable en virtud de la política de cultivos: Arizona: cítricos de California, nueces de macadamia, melocotones, pistachos, ciruelas, ciruelas pasas, frutas de hueso, nueces y uvas; *****Incluye descornado, con cuernos, muñones, etc. según corresponda a los requisitos de informes de provisión de cultivos.

B = Patrón de plantación de seto o borde; D = Plantación de doble hilera; O = Otro; Q = Quincunx; H = Patrón de plantación hexagonal; S = Patrón de plantación cuadrado

Marque Sí o No para cada pregunta a continuación.

Yes	No	¿Se han producido daños (por ejemplo, enfermedades, granizo, heladas) en los árboles/vides/arbustos/pantano que reduzcan la producción de las cosechas aseguradas de años anteriores? En caso afirmativo a la enfermedad, indique el tipo.	
Yes	No	¿Se llevarán a cabo prácticas o métodos de producción (por ejemplo, remoción, descornado, injerto, transición hacia o desde orgánico) que produzcan una reducción de la producción de la cosecha asegurada de años anteriores?	
Yes	No	A. ¿La superficie cultivada está pasando de convencional a orgánica durante el primer año?	
Yes	No	B. ¿La superficie cultivada está cambiando de orgánica a convencional durante el primer año?	
Yes	No	Orgánico: ¿la superficie ha sido afectada por una sustancia prohibida (agente biológico, químico u otro) que provoca un cambio en la práctica? En caso afirmativo, seleccione:	Orgánico a Transicional Orgánico a Convencional
Yes	No	¿El suministro de agua actual (asignación de superficie/pozo) es adecuado para producir una cosecha normal para el año de cosecha que se certifica anteriormente?	
Yes	No	¿Alguna de sus cosechas se comercializa directamente o está integrada verticalmente?	

OBSERVACIONES:



SOLICITUD ARH/TRANSFERENCIA/CANCELACIÓN/PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO/INFORME DE SUPERFICIE/ FORMULARIO DE COMBINACIÓN DE HOJA DE TRABAJO PREVIA A LA ACEPTACIÓN DEL PRODUCTOR

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

N.º de póliza _____ Año de cosecha _____ Fecha _____ Página _____ de _____

AUTORIZACIÓN DE FIRMA

Otorgo a las personas enumeradas a continuación la autoridad para firmar todos y cada uno de los documentos del seguro de cultivos en mi nombre. Entiendo que al autorizar a dichas personas a firmar documentos en mi nombre, estoy legalmente obligado por todos los términos y condiciones de dichos documentos y del contrato de seguro de cultivos. También entiendo que otorgar a la(s) siguiente(s) persona(s) la autoridad para firmar en mi nombre no obliga a esa(s) persona(s) a los términos y condiciones de mi contrato de seguro de cultivos. Además, entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento mediante notificación por escrito, firmada y entregada a mi Proveedor de Seguro Aprobado.

La autoridad otorgada bajo esta disposición: a) es aplicable solo a la persona asegurada y los productos asegurados informados en esta Solicitud y no se extiende a ninguna otra póliza o persona; b) termina con (i) nuestra recepción de una nueva Solicitud para los productos informados en esta Solicitud, (ii) la anulación o terminación de la póliza por cualquier motivo, incluida la disolución, muerte, desaparición o incompetencia declarada judicialmente del otorgante, (iii) separación legal o divorcio si la persona autorizada es cónyuge del asegurado; y c) no se extiende al cambio de planes de seguro o la solicitud de una nueva cobertura, que incluye, entre otros, agregar un nuevo cultivo a una póliza existente.

Es su exclusiva responsabilidad notificar a cualquier otra persona que tenga autoridad para firmar en su nombre, incluidas las personas autorizadas para actuar en su nombre mediante un poder notarial, que está otorgando autoridad a otra(s) persona(s) para firmar documentos de seguros de cultivos. Usted será responsable de todos los daños que resulten de haber autorizado a más de una persona a actuar en su nombre con respecto a su póliza de seguro de cultivos contra riesgos múltiples. Al aceptar su solicitud y la concesión de autoridad contenida en la misma, ProAg no renuncia ni varía lo establecido en ninguna ley federal o estatal. ProAg no será responsable si se determina que el otorgamiento de autoridad bajo este lenguaje de Autorización de Firma es inválido en virtud de la ley estatal o federal, o es reemplazado por cualquier otorgamiento de autoridad bajo un poder legal válido.

Nombre legal	Últimos 4 dígitos del número de seguro social (SSN)

Extiendo la concesión de autoridad anterior, sujeta a todos los términos y condiciones anteriores, a todos los titulares de Intereses Beneficiosos Sustanciales (SBI) enumerados en esta solicitud sin necesidad de enumerarlos en esta sección.

Nota: Si solo desea que ciertos titulares de Intereses Beneficiosos Sustanciales (SBI) tengan autoridad para firmar, deben aparecer en la lista anterior. Sin embargo, todos los titulares de SBI deben estar incluidos en la sección correspondiente de esta solicitud; incluir a una persona en esta sección no satisface el requisito de la solicitud de incluir a todos los titulares de SBI.

Por la presente revoco la autoridad para firmar documentos de seguro de cultivos en nombre del asegurado que se otorgó previamente a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre legal

Al firmar a continuación, autorizo a la Compañía a compensar cualquier indemnización o pago de siembra indebida y todas y cada una de las primas y tarifas no facturadas y pagaderas.

Marque aquí solo si **NO** autoriza dicha compensación.

CERTIFICACIÓN ANTIREEMBOLSO - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/ASEGURADO

Certifico, para el año de cosecha indicado, que no he recibido, aceptado o pagado, ofrecido, prometido o dado ningún beneficio, directa o indirectamente, ni tampoco dinero, bienes o servicios por los cuales generalmente se hace el pago, reembolso, descuento, bonificación, crédito o reducción de la prima, o cualquier otra contraprestación valiosa, como incentivo para adquirir un seguro, o a cambio de adquirir esta póliza de seguro, una vez que se haya contratado. Entiendo que esta prohibición no incluye el pago de tarifas administrativas, descuentos basados en el desempeño y cualquier otro pago aprobado por FCIC que esté autorizado bajo las secciones 508(a)(9)(B) y 508(d)(3) de la Ley Federal. Ley de Seguros de Cultivos (Ley) (7 USC §§1508(a)(9)(B) y 1508(d)(3)). Entiendo que una certificación falsa o el hecho de no informar de manera completa y precisa cualquier información en este formulario puede someterme a mí, y a cualquier persona con un beneficio sustancial en mí, a sanciones que incluyen, entre otras, sanciones penales o civiles y sanciones administrativas de acuerdo con la sección 515(h) de la Ley (7 USC §1515(h)) y todos los demás estatutos federales aplicables.

CERTIFICACIÓN ANTIREEMBOLSO - DECLARACIÓN DEL AGENTE

Certifico, para el año de cosecha indicado, que no he ofrecido ni prometido, directa o indirectamente, ningún beneficio, incluido dinero, bienes o servicios por los que se suele pagar, reembolso, descuento, crédito, reducción de prima o cualquier otra consideración valiosa para esta persona, ya sea como un incentivo para adquirir un seguro o a cambio de obtener un seguro después de haberlo adquirido. Entiendo que esta prohibición no incluye el pago de tarifas administrativas, descuentos basados en el desempeño y cualquier otro pago aprobado por FCIC que esté autorizado bajo las secciones 508(a)(9)(B) y 508(d)(3) de la Ley Federal. Ley de Seguros de Cultivos (Ley) (7 USC §§1508(a)(9)(B) y 1508(d)(3)). Entiendo que una certificación falsa o no informar de manera completa y precisa cualquier violación puede someterme a mí, y a todas las agencias/empresas que represento, a sanciones que incluyen, entre otras, sanciones penales o civiles y sanciones administrativas de acuerdo con la sección 515(h) de la Ley (7 USC §1515(h)) y todos los demás estatutos federales aplicables.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS MÚLTIPLES DEL USDA

Entiendo que obtener múltiples beneficios federales por la misma pérdida, como pagos del Programa de Asistencia para Desastres de Cultivos No Asegurados (NAP) y una indemnización de seguro de cultivos federal, está prohibido por ley. Certifico que tengo o divulgaré cualquier otro beneficio del USDA; incluido cualquier beneficio NAP recibido por este cultivo. Si no divulgo el recibo de múltiples beneficios federales, o no reembolso uno de los múltiples beneficios federales, como el beneficio NAP o la indemnización del seguro de cultivos federal para el mismo cultivo, ello puede resultar en mi descalificación para recibir los beneficios del seguro de cultivos federal, además de no ser elegible para varios programas administrados por la Agencia de Servicios Agrícolas, por hasta cinco (5) años.

NOTA DE EXCLUSIÓN DE RENDIMIENTO (YE)

Un asegurado solo está obligado a firmar la base de datos APH cuando se elige al YE y el asegurado ha optado por no excluir un rendimiento o rendimientos reales en el año o años de cosecha elegibles. Cualquier exclusión u opción de exclusión de un rendimiento real en años de cosecha elegibles en una base de datos de APH continúa aplicándose en años de cosecha posteriores, a menos que el asegurado cancele la opción YE por el SCD del cultivo o notifique al AIP por escrito por el PRD para cambiar qué rendimientos reales se excluyen o se excluyen de la exclusión. Si el asegurado opta por no excluir más un año de cosecha elegible en una base de datos de APH por parte del PRD, los rendimientos reales previamente excluidos se utilizan para calcular los rendimientos de APH.



SOLICITUD ARH/TRANSFERENCIA/CANCELACIÓN/PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO/INFORME DE SUPERFICIE/ FORMULARIO DE COMBINACIÓN DE HOJA DE TRABAJO PREVIA A LA ACEPTACIÓN DEL PRODUCTOR

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

N.º de póliza _____ Año de cosecha _____ Fecha _____ Página _____ de _____

DECLARACIÓN DE RECOPILOCACIÓN 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).

CERTIFICACION DE ORGÁNICO

Certifico que tengo un plan orgánico o un certificado orgánico en vigor, o que he proporcionado una solicitud por escrito para un plan o certificado actualizado al agente certificador para toda la superficie informada como orgánica certificada u orgánica de transición.

Certifico que soy responsable de establecer los rendimientos APH aprobados que se utilizan para calcular la garantía de producción contenida en este informe de superficie, y que dichos rendimientos APH aprobados son correctos según mi leal saber y entender.

Nombre del solicitante/asegurado en
letra de imprenta

Firma del solicitante/asegurado

Fecha

Nombre del agente en letra de imprenta

Firma del agente

Código de agente

Fecha