USAID

OMB No. 0412-0558

Formulario de Certificación para Asistencia en Población del año fiscal 2000 de USAID

Unidad Operativa de USAID (Misión, Dirección General Regional o G/PHN)	**Organización que responde****
	Organización:
	Dirección:
Contratista directo/agencia cooperante/institución beneficiaria (si se aplica*)	**País:**
*socio directo a través del cual la organización que responde recibe fondos de USAID	****organización cubierta que completa este formulario**

Favor de revisar las opciones 1 y 2 a continuación y firmar en el cuadro correspondiente:

Opción 1:

Yo, el que suscribe, como representante debidamente autorizado de la organización cubierta citada anteriormente en este documento, en espera de recibir fondos del programa de Población del año fiscal 2000, certifico por la presente que mi organización no participará en ninguna de las actividades siguientes, definidas con detalle en la Guía para la Certificación de Asistencia en Población del año fiscal 2000, con o sin fondos de USAID:

1) practicar abortos en el país mencionado anteriormente o cualquier otro país extranjero, excepto cuando la vida de la madre estuviera en peligro si continuara el embarazo hasta el alumbramiento o en casos de violación o incesto forzado;
2) incumplir con las leyes del país mencionado anteriormente o de cualquier otro país extranjero respecto a las circunstancias en que el aborto es permitido, reglamentado o prohibido; o
3) participar en actividades o acciones para cambiar las leyes o políticas de gobierno respecto a las circunstancias en que el aborto es permitido, reglamentado o prohibido;

desde el día que mi organización suscribe el acuerdo para recibir fondos del programa de Población hasta el 30 de septiembre del 2001.

Esta certificación no limita a la organización a (1) prestar atención a pacientes por lesiones o enfermedades causadas por abortos legales o ilegales o (2) realizar actividades que estén en contra de abortos coercitivos o esterilización involuntaria.

Esta certificación constituye una representación material de hecho como resguardo de USAID o sus contratistas intermediarios, agencias cooperantes e instituciones beneficiarias cuando suscriben convenios de financiamiento.

Firma _____ _____

Cuadro 1: Nombre en letra de imprenta Firma

_____ _____

Título Fecha

La carga pública para esta recolección puede variar por institución. Sin embargo, se estima que la mayoría de las instituciones necesitarán aproximadamente 4 horas, para revisar la guía y completar y remitir el formulario solicitado. La Agencia no puede pedir ni patrocinar, y las personas no necesitan responder a, ninguna solicitud para información que no lleve un número de control OMB vigente. Enviar los comentarios referentes a este estimado de carga pública o sobre cualquier otro aspecto de esta solicitud para información , incluyendo sugerencias para reducir la carga, a la Oficina de Población, Centro de Población, Salud y Nutrición, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, 1300 Pennsylvania Avenue, N.W., Washington, D.C. 20523-3600.

Opción 2:
Mi organización, mencionada anteriormente, en este momento elige no certificarse a las condiciones descritas anteriormente en la Opción No. 1.

Firma Cuadro 2:	Nombre en letra de imprenta	Firma
	Título	Fecha

La carga pública para esta recolección puede variar por institución. Sin embargo, se estima que la mayoría de las instituciones necesitarán aproximadamente 4 horas, para revisar la guía y completar y remitir el formulario solicitado. La Agencia no puede pedir ni patrocinar, y las personas no necesitan responder a, ninguna solicitud para información que no lleve un número de control OMB vigente. Enviar los comentarios referentes a este estimado de carga pública o sobre cualquier otro aspecto de esta solicitud para información , incluyendo sugerencias para reducir la carga, a la Oficina de Población, Centro de Población, Salud y Nutrición, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, 1300 Pennsylvania Avenue, N.W., Washington, D.C. 20523-3600.