### HOJA DE SOLICITUD MICROEMPRESAS (FORMULARIO DV-CV-DE-002)

**Programa de Asistencia a Microempresas en Respuesta al COVID-19**

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.

Por favor complete la solicitud siguiente para efectos de poder evaluar su elegibilidad para el Programa y cumplir con otros informes federales. La misma deberá ser completada por el dueño(s) del establecimiento. La información de esta solicitud es estrictamente confidencial y no se divulgará de manera individual a personas fuera del programa en el Municipio o el Administrador de los Fondos (DVPR) sin el consentimiento escrito del solicitante.

**INFORMACIÓN DE LA MICROEMPRESA:**

**Nombre del solicitante**: Click or tap here to enter text.

**Nombre de la microempresa**: Click or tap here to enter text.

**Tipo de organización:**

Corporación (indique el número de registro Click or tap here to enter text.)

Sociedad

Negocio Propio (DBA) Click or tap here to enter text.

Otra Click or tap here to enter text.

**Es un negocio:**

Establecido

Nuevo (negocio por establecerse)

**Sector económico**

Agricultura

Restaurante y comidas

Construcción

Manufactura

Ventas al detal

Ventas al por mayor

Transportación

Información y tecnología

Servicios médicos y en apoyo a la salud

Servicios educativos

Otro: Click or tap here to enter text.

**Número de Seguro Social Patronal**: Click or tap here to enter text.

**Número de registro de comerciantes:** Click or tap here to enter text.

**Actividad a la que se dedica/dedicará la microempresa**:

**(Si la empresa está dedicada a una actividad relacionada a salud y de apoyo en el hogar en el contexto del COVID-19, indíquelo así)**

Click or tap here to enter text.

**Dirección física donde ubica/ubicará la microempresa**:

Click or tap here to enter text.

**Dirección Postal**:

Click or tap here to enter text.

**Correo electrónico**: Click or tap here to enter text.

**Teléfono:** Click or tap here to enter text.

**Nombre del Dueño(s):** Click or tap here to enter text.

**Número de empleados de la microempresa**

**(Deberá a acompañar a esta solicitud copia de la certificación de Microempresa, o nómina, informes trimestrales u otra fuente que valide la cantidad de empleos*.*)**

Empleados a tiempo completo) Click or tap here to enter text.

**Cantidad Solicitada**: $Click or tap here to enter text.

**Como parte de las repercusiones del COVID-19 ha enfrentado alguno de los siguientes daños:**

Cierre parcial de las operaciones

Reducción en los ingresos

Reducción en la clientela

Falta de recursos económicos para tomar medidas de seguridad y salud requeridas por COVID-19

Pérdida de empleo (nuevas microempresas)

Otro Click or tap here to enter text.

**Por favor indique el uso que le dará a los fondos, de ser aprobada la subvención la subvención**. (**El uso de los fondos, debe estar asociado a la preparación, prevención y respuesta al COVID-19.**)

Click or tap here to enter text.

**INFORMACIÓN DEL DUEÑO DE LA MICROEMPRESA:**

Las siguientes preguntas, solo se utilizan para efectos de informes y análisis del desempeño del Programa. Las mismas no se utilizan para determinar la elegibilidad de los participantes.

**Indique su género:**

Masculino

Femenino

Transgénero (Masculino/Femenino)

Transgénero (Femenino/Masculino)

No se identifica como masculino, femenino o transgénero

**¿Es usted de origen Hispano, Latino, o Español?**

Sí  No

**¿Cuál es su raza? (Lea las categorías. Puede seleccionar una o más razas, pero para propósitos de reporte de datos se reportará como "Multi-racial" a aquellas personas que se identifiquen con varias razas)**

Blanco

Negro o afroamericano

Multi-racial

Nativo de Alaska o indio americano asiático

Nativo de Hawaii o de alguna otra isla del Pacífico

Otra, indique: Click or tap here to enter text.

**Por favor indique la información siguiente para todos los miembros que componen su unidad familiar.**

Por ingreso anual familiar se entiende el total de los ingresos de todas las personas que viven en la misma familia y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción y se beneficiarán de las actividades. Deberá proveer evidencia de los ingresos de todos los miembros del hogar mediante: Último informe de sueldo expedido por el patrono; Copia certificada de Planilla de Contribución sobre Ingresos; Copia del último cheque o giro recibido por el concepto de pensiones tales como: seguro social, retiro y veterano entre otros. En el caso de recibir asistencia del Programa de Asistencia Nutricional, deberá indicar la cantidad en el encasillado que corresponde al jefe del hogar o persona que recibe el beneficio. Aunque el PAN no se considera ingreso en el cálculo de determinación de elegibilidad, permite validar cierta información de la composición familiar.

Por ingreso bruto, nos referimos a los ingresos que devenga mensualmente por concepto, antes de impuestos, contribuciones o deducciones, incluyendo ingresos por salario, trabajo por cuenta propia, negocio, pensiones, entre otros.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres**  **(comience por el nombre suyo como solicitante)** | **Edad** | **Relación con el solicitante** | **¿Tiene alguna discapacidad?**  **(Circule)** | **Ingreso mensual bruto actual** | **Fuente de ingreso actual** |
| **1.** |  |  | Sí  No | $ | $ |
| **2.** |  |  | Sí  No | $ | $ |
| **3.** |  |  | Sí  No | $ | $ |
| **4.** |  |  | Sí  No | $ | $ |
| **5.** |  |  | Sí  No | $ | $ |
| **6.** |  |  | Sí  No | $ | $ |
| **7.** |  |  | Sí  No | $ | $ |
| **INGRESO TOTAL MENSUAL (SIN INCLUIR PAN)** | | | | $ | |
| **INGRESO TOTAL ANUAL** | | | | $ | |

Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta y que todo el ingreso ha sido informado. Entiendo que esta información es provista para la determinación de elegibilidad del Programa CDBG-CV y que los oficiales del Municipio o el Departamento de la Vivienda pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa puedo estar sujeto(a) a que me procesen conforme a las leyes estatales y federales que apliquen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Firma del Solicitante** |  | **Fecha** |