



Candidatura ao Programa de Estabilização para Microempresas (MicroE) COVID-19

Ao preencher este formulário de candidatura, tomei conhecimento de que os fundos do Programa MicroE estão disponíveis por ordem de chegada. Uma aprovação provisória não é uma garantia de financiamento. Este é um Programa de Financiamento para o Desenvolvimento Comunitário (CDBG), financiado pelo governo federal e os requisitos de elegibilidade do programa devem ser satisfeitos, para dar direito a um financiamento.

A Folha Informativa sobre a Elegibilidade da MicroE foi-me facultada. Eu analisei as informações fornecidas e sou proprietário de uma microempresa elegível. Compreendo que eu e todos os coproprietários temos que ser elegíveis para receber um financiamento. Compreendo que esta candidatura só será analisada depois de preenchidos todos os certificados e formulários necessários e após o fornecimento de toda a documentação de suporte necessária.

(Consultar a Lista de Controlo das MicroE)

Por favor forneça as seguintes informações sobre o seu negócio:

1) Informações de Contato do Requerente

- a. Apelido _____
- b. Nome próprio _____
- c. Número de Telefone Profissional _____
- d. Número de Telemóvel _____
- e. Email _____

2) Nome da Empresa

- a. Denominação Legal _____
- b. A fazer negócios como... (DBA) _____

3) Informação de Negócios

- a. Setor de Negócios
___ serviço alimentar ___ retalho ___ construção
___ outro _____

- b. Descrição do Negócio _____

C. Site comercial ou página de redes sociais? _____

d. Alguma das seguintes opções descreve o seu negócio? (Selecione todas as opções aplicáveis)

_____ negócio relacionado com a cannabis

_____ aluguer/venda de imóveis

_____ negócio em casa, sem funcionários

_____ negócio de propriedade de menores de 18 anos

_____ franchise

_____ grupo

_____ negócio aberto após 01/01/2019

_____ loja de bebidas alcoólicas

_____ consultor/trabalhador independente, que presta serviços a uma entidade

_____ negócios em casa, restritos a patronos menores de 18 anos

_____ revendedor de armas/armas de fogo

_____ lobista

_____ nenhuma das opções acima mencionadas

e. Data de estabelecimento do negócio: _____

f. Código NAICS <https://www.bls.gov/bls/naics.htm>, *Industry Finder* (6 dígitos):

g. Tipo Jurídico (propriedade exclusiva, Sociedade, Sociedade S, parcerias, GP, LP, LLP, LLC e outros)

h. DUNS ou número EIN? (Não é necessário para a candidatura. No caso de receber uma atribuição precisará dos dois para a elaboração de relatórios federais).

DUNS # _____ EIN # _____

i. É um negócio em casa? S / N

4) Informações do Requerente/ Proprietário

a. Você tem 18 anos ou mais? S / N

b. É estudante? S / N

C. Raça:

- Branco
- Negro/Afro-Americano
- Asiático
- Índio Americano/Nativo do Alasca
- Nativo do Havai/Outras Ilhas do Pacífico
- Índio Americano/Nativo do Alasca e Branco
- Asiático e Branco
- Negro/Afro-Americano e Branco
- Índio Americano/Nativo do Alasca e Negro/Afro-Americano
- Outras multirraciais
- Prefere não responder

d. Você é Hispânico/Latino? S / N / Prefere não responder

e. Sexo: Mulher / Homem / Não-binário / Prefere não responder

f. Qual é o seu grau de incapacidade?

Com Deficiência / Atualmente, eu não tenho um grau de incapacidade / Prefere não responder

5) Morada para correspondência do Proprietário da Empresa:

- a.** Rua ou Apartado _____
- b.** Cidade _____
- c.** Estado _____
- d.** Código postal _____
- e.** Condado _____

6) Coproprietário da Empresa (caso aplicável)

- a.** O(s) coproprietário(s) também deve(m) satisfazer o requisito de elegibilidade de rendimento.
- b.** Nome do Coproprietário _____
- c.** Email do Coproprietário _____
- d.** O coproprietário é um estudante? S / N
- e.** O coproprietário tem 18 anos ou mais? S / N

f. Raça do Coproprietário:

- Branco
- Negro/Afro-Americano
- Asiático
- Índio Americano/Nativo do Alasca
- Nativo do Havai/Outras Ilhas do Pacífico
- Índio Americano/Nativo do Alasca e Branco
- Asiático e Branco
- Negro/Afro-Americano e Branco
- Índio Americano/Nativo do Alasca e Negro/Afro-Americano
- Outras multirraciais
- Prefere não responder

g. Você é Hispânico/Latino? S / N / Prefere não responder

h. Sexo: Mulher / Homem / Não-binário / Prefere não responder

i. Qual é o seu grau de incapacidade?

Com Deficiência / Atualmente, eu não tenho um grau de incapacidade / Prefere não responder

7) Endereço Comercial:

- a.** Rua _____
- b.** Cidade _____
- c.** Estado _____
- d.** código postal _____
- e.** País _____
- f.** Dono de Propriedade _____

8) Critérios dos Financiamentos

- a.** A sua empresa possui um estabelecimento físico localizado numa comunidade participante?
S ou N
O estabelecimento físico está situado no mesmo local ou na morada da minha residência principal ou do meu coproprietário.
S ou N

b. Você é um funcionário da sua empresa? S ou N

Quantos funcionários a sua empresa tem hoje, incluindo você? #

Quantos funcionários a sua empresa teve, incluindo você, durante o período de pagamento que termina em 7 de março de 2020? # _____

A empresa está registada no Departamento da Secretaria de Estado de Rhode Island? (Apenas necessário para certos tipos de negócios.) S / N

Se sim, indique o número de Identificação. _____

C. O negócio tem a situação regularizada perante o Estado de Rhode Island? S ou N

Você, o(s) seu(s) coproprietário(s) ou a sua empresa são parte de qualquer litígio contra o estado ou a cidade/freguesia? S ou N

Todos os impostos em dívida antes de 1 de março de 2020, incluindo os impostos sobre as vendas de fevereiro de 2020, foram pagos na íntegra? S ou N

Indique o seu Número de Identificação Fiscal de Rhode Island (11 dígitos) _____

É necessária alguma licença ou registo estatal, para que a empresa funcione legalmente em Rhode Island? S / N

Em caso afirmativo, enumere o tipo e o número da licença/registo (por exemplo, licença do Departamento de Serviço de Alimentação Saudável # FSV12345, Registo do Contratante# 12345) _____

Em caso afirmativo, a licença/o registo está ativo(a) e/ou é válido(a)?
S / N

d. O seu negócio sofreu uma perda de receita \geq 1.000 dólares dos Estados Unidos, devido à COVID-19? S ou N

e. O rendimento bruto total do seu agregado familiar é igual/inferior ao valor do rendimento baixo ou moderado indicado a seguir, para o tamanho do seu agregado familiar? "Rendimento moderado" significa inferior ou igual a 80% do Rendimento Médio da Área (AMI). S ou N

Limite de Baixo Rendimento (LIL)- (80%) para o Ano Fiscal de 2020								
Cidade de Residência	1 Pessoa	2 Pessoas	3 Pessoas	4 Pessoas	5 Pessoas	6 Pessoas	7 Pessoas	8 Pessoas
Todas as outras cidades do R.I.	48,750	55,700	62,650	69,600	75,200	80,750	86,350	91,900
Westerly, Hopkinton, New Shoreham	50,050	57,200	64,350	71,500	77,250	82,950	88,700	94,400
Newport, Middletown, Portsmouth	54,950	62,800	70,650	78,500	84,800	91,100	97,350	103,650

9) Impacto Económico Adverso Estimado do COVID-19

a. Quando o seu negócio entrou em declínio? Data: _____

b. Antes do COVID-19, quantos clientes costumava atender numa semana? _____

c. Na semana passada, quantos clientes atendeu? _____

d. Teve que reduzir o horário dos funcionários, devido à COVID-19? S ou N

e. Teve que entrar em lay-off ou demitir funcionários, devido à COVID-19? S ou N

f. A sua empresa fechou temporariamente? S ou N

g. Indique as suas receitas brutas para 2020, 2019 e 2018, para o mesmo período. Ajuste as Datas de Início e Fim do Período, conforme necessário. Todas as datas de início devem ser as mesmas (por exemplo, 1/3) e todas as datas de fim devem ser as mesmas (por exemplo, 31/3).

Ano	Data de Início do Período	Data de Fim do Período	Receita Bruta Total do Período	Comentários
2020	1 março	31 março		
2019	1 março	31 março		
2018	1 março	31 março		

h. Forneça uma breve explicação sobre os efeitos económicos adversos que a COVID-19 teve nos seus negócios e quaisquer alterações que efetuou às operações: _____

10) Se os fundos de capital de exploração forem concedidos, como planeia utilizar esses fundos? _____

11) Anexos: Certifique-se de anexar cópias

- _____ da sua carta de condução, ou identificação com foto emitida pelo estado
- _____ do Formulário de Certificação de Rendimento MicroE
- _____ da declaração fiscal tributária individual de 2018 para todos os adultos da sua família, entregue separadamente
- _____ da declaração fiscal tributária da sua empresa para 2018 (ou 2019, caso preenchida)?

- _____ Qual foi o valor das receitas/vendas brutas, deduzindo quaisquer devoluções/deduções? (linha 3 da Lista C, Formulário 1040; linha 1c de 1120, 1065)
\$ _____

- _____ Folha de pagamento da semana que termina a 7/3/2020
- _____ Folha de pagamento do período de pagamento mais recente
- _____ Receitas do período afetado, incluindo março de 2020
- _____ Receitas do mesmo período (incluindo março) em 2019
- _____ Receitas do mesmo período (incluindo março) em 2018
- _____ Divulgação de Conflitos de Interesse da MicroE
- _____ Formulário de Certificação MicroE
- _____ Formulário de Consentimento e Exoneração de Responsabilidade da MicroE

12) Declaro que todas as informações contidas na presente candidatura estão preenchidas e correspondem à verdade. Não fiz falsas declarações nem omiti qualquer informação relevante. Compreendo perfeitamente que constitui um crime federal, punível com multa ou pena de prisão ou ambos, fazer quaisquer declarações falsas conscientemente ao requerer apoio ao CDBG, conforme aplicável e de acordo com as disposições do Título 18, do Código dos Estados Unidos, Secção 1001 e seguintes.

Formulário preenchido por: _____

Data: _____