



Solicitud del Programa de Estabilización de Microempresas (MicroE) del Estado de RI COVID-19, 2020

Al completar este formulario de solicitud, reconozco que me han notificado que los fondos del Programa MicroE están disponibles por orden de llegada. Una aprobación tentativa no es una garantía de financiación. Este es un programa de Subsidio en Bloque para el Desarrollo de la Comunidad (CDBG, por sus siglas en inglés) financiado con fondos federales, y los requisitos de elegibilidad del programa deben cumplirse para recibir un subsidio.

Se me proporcionó la Hoja de Información de Elegibilidad de MicroE. He revisado la información proporcionada y soy dueño de una microempresa elegible. Entiendo que yo y cualquier copropietario debemos calificar para recibir un subsidio. Entiendo que esta solicitud solo se revisará después de que se hayan completado todas las certificaciones y formularios requeridos, y se haya proporcionado toda la documentación de respaldo requerida.

(Consulte la Lista de verificación de MicroE)

Proporcione la siguiente información sobre su negocio:

1) Información de Contacto del Solicitante

- a) Apellido _____
- b) Primer Nombre _____
- c) Número de Teléfono del Trabajo _____
- d) Número de Teléfono Celular _____
- e) Correo Electrónico _____

2) Nombre del Negocio

- a) Nombre Legal _____
- b) Haciendo Negocios como (DBA) _____

3) Información de Negocios

- a) Sector Empresarial
___ servicio de comida ___ venta minorista ___ construcción
___ otro _____

b) Descripción del Negocio: _____

c) ¿Sitio web del negocio o página en las redes sociales? _____

d) ¿Alguno de los siguientes describe su negocio? (Marque todo lo que corresponda.)

_____ negocio relacionado con el cannabis

_____ alquileres/ventas inmobiliarias

_____ negocio en el hogar sin empleados

_____ negocio propiedad de personas menores de 18 años

_____ franquicia

_____ cadena

_____ negocio abierto después del 1/1/2019

_____ tienda de licores

_____ consultor/contratista independiente que presta servicios a una entidad

_____ negocios en el hogar restringidos a clientes menores de 18 años

_____ distribuidor de armas / armas de fuego

_____ empresa de cabildeo

_____ ninguna de las anteriores

e) Fecha de creación del negocio: _____

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

g) Tipo Legal (sole proprietorship, Corporation, S Corporation, partnership, GP, LP, LLP, LLC, otro)

h) DUNS o numero de EIN? (No es obligatorio presentar una solicitud. Si recibe una premiación, deberá tener ambos para fines de informes federales).

DUNS #

EIN#

i) ¿Es este un negocio en el hogar? S / N

4) Información del Solicitante/ Propietario

a) ¿Tiene 18 años o más? S / N

b) ¿Es un estudiante? S / N

c) Raza:

- _____ Blanco
- _____ Negro/Afroamericano
- _____ Asiático
- _____ Indio Americano/Nativo de Alaska
- _____ Nativo de Hawai/Otro Isleño del Pacífico
- _____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco
- _____ Asiático y Blanco
- _____ Negro/Afroamericano y Blanco
- _____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano
- _____ Otro multirracial
- _____ Prefiero no contestar

d) ¿Es usted hispano/latino? S / N / Prefiero no contestar

e) Sexo: Femenino/ Masculino / No-binario / Prefiero no responder

f) ¿Cuál es su estado de discapacidad?

Discapacitado / Actualmente no tengo estado de discapacidad / Prefiero no contestar

5) Dirección Postal del Propietario del Negocio:

a) Calle o apartado de correos _____

b) Ciudad _____

c) Estado _____

d) Código Postal _____

e) Condado _____

6) Copropietario comercial (si corresponde)

a) Los copropietarios también deben cumplir con el requisito de elegibilidad de ingresos.

b) Nombre del copropietario _____

c) Correo electrónico del copropietario _____

d) ¿Es el copropietario un estudiante? S / N

e) ¿El copropietario tiene 18 años o más? S / N

f) Raza del co-propietario:

_____ Blanco

_____ Negro/Afroamericano

_____ Asiático

_____ Indio Americano/Nativo de Alaska

_____ Nativo de Hawai/Otro Isleño del Pacífico

_____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco

_____ Asiático y Blanco

_____ Negro/Afroamericano y Blanco

_____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano

_____ Otro multirracial

_____ Prefiero no contestar

g) ¿Es usted hispano/latinx? S / N / Prefiero no contestar

h) Sexo: Femenino/ Masculino / No-binario / Prefiero no responder

i) ¿Cuál es su estado de discapacidad?

Discapacitado / Actualmente no tengo estado de discapacidad / Prefiero no contestar

7) Dirección Comercial:

a) Calle _____

b) Ciudad _____

c) Estado _____

d) Código Postal _____

e) Condado _____

f) Propietario _____

8) Criterios de Financiación

a) ¿Tiene su empresa establecimiento físico ubicado en una comunidad participante? S o N
El establecimiento físico se encuentra en la misma ubicación o dirección que mi residencia principal o la de mi copropietario. S o N

b) ¿Es usted un empleado de su negocio? S o N

¿Cuántos empleados tiene su negocio hoy, incluido usted? #

¿Cuántos empleados tenía su empresa, incluido usted, durante el período de pago que finalizó el 7 de marzo de 2020? #

¿Está la empresa registrada en la oficina de la Secretaria de Estado de R.I.? (Solo se requiere para ciertos tipos de negocios). S / N

En caso afirmativo, ingrese el número de identificación _____

c) ¿Está el negocio en regla con el estado de Rhode Island? S o N

¿Esta usted, su copropietario (s) o su parte comercial en algún litigio contra el estado o ciudad/pueblo? S o N

¿Se han pagado todos los impuestos antes del 1 de marzo de 2020, incluidos los impuestos sobre las ventas de febrero de 2020? S o N

Ingrese su ID de impuesto comercial de RI (11 dígitos) _____

¿Se requiere una licencia o registro estatal para que la empresa opere legalmente en Rhode Island? S / N

En caso afirmativo, indique el tipo y número de licencia/registro (por ejemplo, número de licencia del Departamento de Salud Alimentaria # FSV12345, registro de contratista # 12345)

En caso afirmativo, ¿la licencia/registro está activa y/o es válida? S / N

d) ¿Ha experimentado su empresa una pérdida de ingresos \geq \$ 1,000 debido a COVID-19? S o N

- e) ¿El ingreso bruto total de su familia es igual o inferior al monto de ingresos bajos o moderados que se muestra a continuación para el tamaño de su familia? "Ingresos moderados" significa menos o igual al 80% del Ingreso Medio del Área (AMI, por sus siglas en inglés). S o N

| Límite de Ingresos Bajos (80%) del año fiscal 2020 (LIL, siglas en inglés) | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Ciudad de Residencia | 1 Persona | 2 Personas | 3 Personas | 4 Personas | 5 Personas | 6 Personas | 7 Personas | 8 Personas |
| Todas las otras ciudades de 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 debido al COVID-19

- a) ¿Cuándo comenzó a declinar su negocio? Fecha _____
- b) Antes del COVID-19, ¿a cuántos clientes servía típicamente en una semana? _____
- c) En la última semana, ¿a cuántos clientes ha atendido? _____
- d) ¿Ha tenido que reducir las horas de personal como resultado del COVID-19? S o N
- e) ¿Ha tenido que suspender o despedir personal como resultado del COVID-19? S o N
- f) ¿Ha cerrado su negocio temporalmente? S o N
- g) Enumere sus ingresos brutos para 2020, 2019 y 2018 para el mismo período. Ajuste las fechas de inicio y finalización del período según sea necesario. Todas las fechas de inicio deben ser las mismas (por ejemplo, 1/3) y todas las fechas de finalización deben ser las mismas (por ejemplo, 31/3).

| Año | Fecha de Inicio del Periodo | Fecha de Finalización del Periodo | Ingresos Brutos Totales por Periodos | Comentarios |
|------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| 2020 | 1 marzo | 31 marzo | | |
| 2019 | 1 marzo | 31 marzo | | |
| 2018 | 1 marzo | 31 marzo | | |

h) Provea una breve explicación de los efectos económicos adversos que el COVID-19 tuvo en su negocio, y cualquier cambio que haya realizado en las operaciones: _____

10) Si se otorgan fondos de capital operativo, ¿cómo planea utilizar los fondos? _____

11) Archivos Adjuntos: ¿Adjuntó copias de

- ____ Su licencia de conducir, o identificación con foto emitida por el estado
- ____ *Formulario de certificación de ingresos de MicroE*
- ____ Declaración de impuestos federales personales de 2018 para todos los adultos de su familia que presentan por separado
- ____ ¿Su declaración de impuestos federales de negocios para 2018 (o 2019, si se ha llenado)?

- ____ ¿Cuál fue la cantidad de ingresos brutos/ventas menos cualquier devolución/subsidio? (línea 3 del Anexo C, Formulario 1040; línea 1c de 1120,1065) \$ _____

- ____ Nómina para la semana que finaliza el 3/7/2020
- ____ Nómina para el período de pago más reciente
- ____ Recibos del período afectado, incluido marzo de 2020
- ____ Recibos del mismo período (incluido marzo) en 2019
- ____ Recibos del mismo período (incluido marzo) en 2018
- ____ *Divulgación de conflictos de intereses de MicroE*
- ____ *Formulario de certificación de MicroE*
- ____ *Formulario de consentimiento y autorización de MicroE*

12) Certifico que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa. No hice declaraciones falsas, ni omití ninguna información pertinente. Entiendo completamente que es un delito federal, punible con multa o encarcelamiento, o ambos, hacer declaraciones falsas intencionalmente al solicitar asistencia de CDBG, según corresponda según las disposiciones del Título 18, Código de los Estados Unidos, Sección 1001, y siguientes.

Formulario completado por: _____

Fecha: _____