

**Ciudad de Mount Vernon y Alianza para el desarrollo económico del condado de Skagit  
(EDASC)**

**Programa de donación global para el desarrollo comunitario (CDBG)**

**Solicitud de apoyo para microempresas y formulario de verificación**

Los microempresarios que cumplan con los requisitos establecidos y que se han visto afectados negativos por el COVID-19 podrán recibir hasta \$ 10,000 para estabilizar su negocio en nuestra comunidad. Para solicitar este apoyo, deberá cumplir con los requisitos del programa, presentar la documentación requerida y certificar este formulario antes de las 5:00 p. m. hora del Pacífico del 19 de junio de 2020.

La cantidad de fondos disponibles es limitada. Enviar esta solicitud no es una garantía de que recibirá este apoyo. Esta información podría estar sujeta a las leyes de divulgación pública, salvo que esté específicamente protegida por la Ley de Libertad de Información.

Escribir con letra de molde:

<b>Microempresa Nombre(s) del propietario</b>			
<b>Dirección del propietario</b>			
<b>Dirección de correo electrónico</b>			
<b>Teléfono del propietario</b>		<b>Teléfono del negocio</b>	
<b>Nombre del negocio</b>			
<b>Dirección del negocio</b>			
<b>Tipo de negocio</b>	<input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Propietario único <input type="checkbox"/> Otro	<b>Fecha de inicio del negocio</b>	
<b>Descripción del negocio</b>			
<b>Uso propuesto de los fondos</b>	<input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/> Renta/Hipoteca <input type="checkbox"/> Servicios públicos <input type="checkbox"/> Inventario <input type="checkbox"/> Otros _____		
<b>Preguntas para verificar la elegibilidad del negocio</b>	<b>Datos</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>MICROEMPRESA</b> ¿Es usted un negocio registrado en el estado de Washington que tiene cinco o menos empleados, incluidos el o los propietarios que trabajan ahí?	Núm. de empleados de tiempo completo, incluyendo al o los propietario(s): Núm. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IMPACTO DEL COVID-19:</b> ¿Su negocio se vio afectado por el COVID-19, lo que resultó en una pérdida de ingresos del 25% o más en comparación con el mismo período en 2019?	Porcentaje estimado de pérdida de ingresos comparado con el año anterior: _____%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>IMPACTO DEL COVID-19:</b> ¿El negocio se cerró temporalmente o se redujeron los servicios por orden oficial?	Número estimado de días que ha cerrado o reducido sus servicios hasta ahora: Núm. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El negocio y el o los propietarios del negocio están al corriente con el pago de sus impuestos municipales, estatales o federales; pensión alimenticia; o no tienen multas, procedimientos legales o sanciones reglamentarias o de otra índole pendientes.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si respondió **SÍ** a todo lo anterior, adjunte una descripción y pruebas de la pérdida de ingresos del negocio (algunos ejemplos podrían incluir estados de cuenta bancarios o de ingresos, informes trimestrales de ventas o de utilidades, entre otros).

<b>Preguntas para verificar la elegibilidad de hogares con ingresos de bajos a medios (LMI) (propietario del negocio)</b>							
El total del ingreso familiar es el ingreso bruto (antes de las deducciones) de todas las fuentes de ingresos (salarios, pensión alimenticia, seguridad social, desempleo, pensión e ingresos de activos, entre otros), de todos los adultos en el hogar.							
<b>Total del ingreso familiar durante el último año fiscal o los últimos 12 meses</b>							\$
<b>Total del ingreso familiar previsto durante los próximos 12 meses</b>							\$
<i>ENCIERRE EN UN CÍRCULO el número de personas en su hogar, incluyéndose:</i>							
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>más de 8</b>
\$42,600	\$48,650	\$54,750	\$60,800	\$65,700	\$70,550	\$75,400	\$80,300
¿El total de su ingreso familiar <b>previsto</b> es <b>MENOR</b> o <b>MAYOR</b> que el monto que se indica directamente debajo de la cantidad de personas que indicó arriba?						<b>MENOR</b>	<b>MAYOR</b>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si respondió **MENOR**, adjunte el comprobante del ingreso familiar anual (como la última declaración de impuestos, informes trimestrales de impuestos, recibos de pago o estados de cuenta bancarios)
- Si respondió **MAYOR**, es posible que no sea elegible para recibir el apoyo para microempresas del CDBG sin documentación adicional del ingreso familiar, o quizá sea elegible para recibir otro tipo de apoyo. Póngase en contacto con la EDASC a [mvgrant@skagit.org](mailto:mvgrant@skagit.org) para obtener más información.

<b>Preguntas sobre etnia/raza y grupos especiales del propietario (opcional)</b>		
<b>Etnia</b> (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> <b>No hispano</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hispano</b>

<b>Raza (seleccione uno)</b>			
blanco	<input type="checkbox"/>	asiático	<input type="checkbox"/>
negro o afroamericano	<input type="checkbox"/>	nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	otros o multirracial	<input type="checkbox"/>
<b>El jefe de familia es mujer</b>		<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<b>Negocio propiedad de minorías o mujeres</b>		<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<b>Número DUNS del negocio</b>			

### Preguntas complementarias

#### Necesidad urgente

1. Describa el impacto negativo que la pandemia del COVID-19 ha tenido en su negocio. Incluya el número de empleados que han sido despedidos, en su caso.

2. Explique cómo el financiamiento ayudará a que su negocio siga siendo factible.

3. Si corresponde, describa cómo agregará nuevas líneas de negocios y servicios o cómo adaptará su modelo de negocios para crear una nueva demanda y más actividad comercial durante la pandemia de COVID-19. ¿Cuántos empleos nuevos y rescatados podrían derivar de estos cambios?

## Otros fondos

1. Describa las utilidades de su negocio durante la pandemia del COVID-19 y durante un período comparable anterior al COVID-19.

2. Describa otros fondos de apoyo financiero de COVID-19 que ha recibido o que ha solicitado o que pretende solicitar, y los montos y la fuente de dichos fondos (por ejemplo, préstamos de la SBA y beneficios de seguro de desempleo, entre otros).

3. Indique si recibe algún “Seguro por Interrupción de Negocio” y el monto del mismo.

4. Describa cualquier otra necesidad de financiamiento y cómo piensa cubrirla.

**Divulgación de conflictos de interés:** Por medio del presente, declaro que cualquier persona empleada por la Ciudad de Mount Vernon o la Alianza de Desarrollo Económico del Condado de Skagit con un interés personal o financiero directo o indirecto en el negocio en esta solicitud o en cualquier parte de las ganancias que puedan derivarse de ella, ha sido identificada y el interés se divulga a continuación:

Describe: \_\_\_\_\_

**Certificación del solicitante:** *Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Estoy consciente de que existen sanciones por dar información falsa de manera intencional y deliberada. Autorizo la verificación de los datos por parte de representantes del gobierno federal, estatal y local, y en caso necesario, proporcionaré la documentación de apoyo requerida (por ejemplo, registros de nómina, declaraciones de impuestos y estados de cuenta bancarios, entre otros).*

**Firma del propietario del negocio:** \_\_\_\_\_ **Fecha:**

\_\_\_\_\_

**Devuelva el formulario a:** [mvgrant@skagit.org](mailto:mvgrant@skagit.org)

Para uso exclusivo de la oficina del programa	
Elegibilidad comercial e ingresos LMI verificados: _____	Iniciales del empleado/fecha
Aprobación de fondos: _____	Iniciales del gerente/fecha
Número de cuenta: _____	Monto aprobado: \$ _____