



**Ciudad de Sedro-Woolley y Alianza para el Desarrollo Económico del Condado de Skagit  
(EDASC)**

**Programa de CARES Act**

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

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

Los fondos están disponibles de forma limitada. Los fondos de la subvención/beca están disponibles solo para empresas físicas (excluidas las empresas basadas en el hogar y las organizaciones sin fines de lucro) dentro de los límites de la ciudad de Sedro-Woolley. Los destinatarios deben estar en regla con todas las licencias comerciales requeridas. Enviar esta solicitud no es una garantía de asistencia. A menos que esté específicamente protegido por la Ley de Libertad de Información, esta información puede estar sujeta a las leyes de divulgación pública.

Escribir con letra de molde:

<b>Empresa 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 _____		

Preguntas para verificar la elegibilidad del negocio	Datos	SÍ	NO
<b>EMPRESA</b> ¿Es usted un negocio registrado en el estado de Washington que tiene diez o menos empleados (1-10), 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"/>

- 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).

Preguntas sobre etnia/raza y grupos especiales del propietario (opcional)			
<b>Etnia</b> (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> <b>No hispano</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hispano</b>	
<b>Raza</b> (seleccione uno)			
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>Negocio propiedad de minorías, indígena americano, veterano militar, o mujeres (indique los que aplican)</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 ninguna persona empleada por la Ciudad de Sedro-Woolley o la Alianza de Desarrollo Económico del Condado de Skagit con un interés personal o financiero directo o indirecto en el negocio en esta empresa o en cualquier parte de las ganancias que puedan derivarse de ella, ha sido identificada y el interés se divulga a continuación.

**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 y documentación requerida a:** [swgrant@skagit.org](mailto:swgrant@skagit.org)