

Fecha: ____/____/____

Servicios a Pequeños Negocios – Información del Cliente

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección de la casa: calle, ciudad, estado, código postal, condado: _____

Teléfono celular: (____) ____ - ____ Otro número de teléfono: (____) ____ - ____

Correo electrónico: _____

2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nivel de educación:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Alguna educación superior | <input type="checkbox"/> Maestría |
| <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Diploma de asociado | <input type="checkbox"/> Título profesional |
| <input type="checkbox"/> Capacitación técnica | <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Doctorado |

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino Femenino Otro

Estatus Civil: Soltero/a Casada/o Unión libre Divorciada/o Separada/o

Cuál categoría aplica a usted? (marque todos los que apliquen, puede marcar más que uno):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Latino | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Medio Oriente /Norteafricano | <input type="checkbox"/> Otra raza, etnia u origen: |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico | _____ |

País de Origen: _____ Cuántos años ha vivido en los EEUU?: _____

Primer Idioma: Inglés Español Francés Árabe Amhárico Otro: _____

Estado Laboral (marque todos los que apliquen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente – Tiempo Completo | <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente – Medio Tiempo |
| <input type="checkbox"/> Empleado – Tiempo Completo | <input type="checkbox"/> Empleado – Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado |

Ingreso bruto familiar del año pasado: \$ _____ Ingreso bruto individual del año pasado: \$ _____

Situación de vivienda: Renta (mensual): \$ _____ Propietario Otro: _____

Número total de personas que viven en su hogar, incluyendo usted: Adultos: ____ Niños: ____

Qué tipo de cuenta bancarias tiene (marque todos los que apliquen)?

- Cuenta personal de cheques Cuenta personal de ahorros Ningún tipo de cuenta

Ha revisado su historial de crédito en los últimos 12 meses? Sí No

Como escuchó de LEDC (por favor mencionar el nombre)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oficina del gobierno/institución sin fines de lucro: | <input type="checkbox"/> Página web: _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Televisión: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco: _____ | <input type="checkbox"/> Volante: _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar: _____ | <input type="checkbox"/> Evento: _____ |
| <input type="checkbox"/> Radio: _____ | <input type="checkbox"/> Otro programa de LEDC: _____ |
| <input type="checkbox"/> Periódico: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

3. Información del Negocio

Estatus del negocio: Idea (Estado?: DC MD VA) Operando – Fecha inicio de operación del negocio: ____/____

Está registrado? Sí No

Tiene un plan de negocio? Sí No

*** Si el negocio no está operando, pase por favor al número 4 “Información del Programa”**

Industria/Sector Comercial del negocio:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Taller mecánico | <input type="checkbox"/> Tienda de conveniencia | <input type="checkbox"/> Servicios informáticos | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Salón de belleza o spa | <input type="checkbox"/> Organización de eventos | <input type="checkbox"/> Servicios de jardinería | <input type="checkbox"/> Negocio de carga/camiones |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Distribución/preparación de comida | <input type="checkbox"/> Ventas por internet | <input type="checkbox"/> Ventas al por menor |
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Camión de comida | <input type="checkbox"/> Servicios de imprenta | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Construcción | <input type="checkbox"/> Vendedor de comida ambulante | <input type="checkbox"/> Restaurante | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de consultoría | | | |

Nombre del negocio: _____

Dirección del negocio: calle, ciudad, estado, código postal, condado: _____

Página Web: _____

Tiene el negocio presencia en la web y redes sociales: Sí No

Tiene una cuenta bancaria para el negocio? Sí No

Dueño(s) o Socio(s):

Nombre: _____ Parte (%): _____

Nombre: _____ Parte (%): _____

Nombre: _____ Parte (%): _____

Nombre: _____ Parte (%): _____

Opera usted su negocio: A tiempo Completo A medio Tiempo Por temporada

Estado donde se ubica el negocio? DC MD VA Renta (Mensual) \$ _____ Propietario del local Negocio en casa

Tiene alguno de los siguientes? (marque todos los que apliquen)

- Numero de Tax ID Numero de DUNS Artículos de Incorporación/Organización Acuerdo de operaciones
 Certificación de negocio minoritario Certified business Enterprise (DC-CBE) Seguro de Negocio Licencia básica del negocio

Indique la estructura de su negocio: A nombre personal Sociedad Compañía de responsabilidad limitada (LLC) LLP

Corporación Organización sin fines de lucro

Ventas brutas anuales del año pasado (mejor estimado): \$ _____

Cuántas personas trabajan en el negocio (incluyendo usted)? A tiempo completo: _____ A medio tiempo: _____

4. Información para el programa

Quiero asistencia técnica en... (marque todos los que apliquen):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contabilidad/Bookkeeping | <input type="checkbox"/> Asesoramiento de finanzas personales y crédito | <input type="checkbox"/> Registrar/incorporar mi negocio |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo del plan de negocio | <input type="checkbox"/> Presencia en la web y redes sociales | <input type="checkbox"/> Quiero obtener un préstamo |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo de mercadeo | <input type="checkbox"/> Licencias y autorizaciones | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Estoy interesado/a en un préstamo de LEDC: Sí No

INFORMATION RELEASE

I certify that the information provided on this form is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that the business trainings and consultations offered by LEDC should not be considered as legal advice. I also grant permission to release information on this form to LEDC Partner Organizations for verification purposes.

Su Firma: _____

Fecha: ____/____/____



SOLICITUD DE PRÉSTAMO (Solo para quienes aplican a un préstamo)

Tiene usted un número de Seguro Social (o ITIN)? Sí No

Ha recibido antes un préstamo para su negocio? Sí No Si aplicó, cuándo? ___/___/___ Cantidad: \$ _____

Está actualmente tarde con algún pago de sus deudas? _____

Ha pagado sus impuestos personales y del negocio del año pasado? Sí No

Tiene impuestos atrasados? _____

Ha reportado bancarrota en el último año? _____

Está retrasado con los pagos de la pensión alimenticia (Si tuviese)? _____

Cuánto dinero necesita de LEDC? \$ _____

Cuál es el propósito del préstamo? (marque todos los que apliquen)

- Nueva construcción
- Mejoras del edificio/local
- Inventario
- Maquinarias, equipos, herramientas, muebles, otro
- Capital de trabajo
- Vehículo
- Otros: _____

Presupuesto total para el negocio (para las empresas que empiezan): \$ _____

Qué cantidad le acomoda para el pago mensual: \$ _____

Qué activo(s) podría dejar como garantía para el préstamo: _____

Referencias:

1. Proveedor/Cliente/Otro (marque uno): _____

Nombre: _____ Número de tel #: _____

Dirección: _____

2. Proveedor/Cliente/ Otro (marque uno): _____

Nombre: _____ Número de tel #: _____

Dirección: _____

CREDIT AND INFORMATION RELEASE – LOAN APPLICANTS ONLY

I authorize LEDC to pull my credit report and review my credit history, now or in the future, including obtaining consumer and/or commercial credit reports. I understand that this Loan Application may serve as the first step of a loan application and that LEDC may request supporting documents to verify the information provided. As part of the application process, I authorize LEDC to investigate and verify all of the above information and to exchange information about credit experience with other creditors, from time to time, as authorized by law. I also understand that the information provided on this Form or on my credit report may be used by LEDC to either approve or declining my request for credit. The release in any manner of all information by LEDC is hereby authorized whether such information is of record or not, and I hereby release all persons, agencies, firms, companies, etc., from any damages resulting from such information. I authorize LEDC to investigate and verify the above information, and contact any references regarding this application. I understand that LEDC will retain this application whether the loan is approved or denied. I understand that this application will expire 60 days after submission.

Su Firma: _____

Fecha: ___/___/___

SSN/ITIN: _____-_____-_____

EQUAL CREDIT OPPORTUNITY ACT

The Federal Equal Opportunity Act prohibits creditors from discriminating against applicants on the basis of race, color, religion, national origin, sex, marital status, age (provided that the applicant has the capacity to enter into a binding contract); because all or part of the applicant's income derives from any public assistance program; or because the applicant has in good faith exercised any right under the Consumer Credit Protection Act. The Federal agency that administrates compliance with this law concerning this creditor is the Federal Trade Commission, Equal Credit Opportunity, Room 500, 633 Indiana Avenue, N.W., Washington, DC.