



WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD
OF SOLANO COUNTY

Reconstruir Solano
Subvención para Pequeñas Empresas
Aplicación

Cantidad de fondos solicitados: \$ _____ Fecha: _____

Section 1. Información comercial			
Nombre de la empresa:			
Contacto comercial:		Título:	
Teléfono:	Ext:	Fax:	
Correo electrónico:		Dirección del sitio web:	
Dirección de la ubicación:			
Ciudad:	Código postal:	Condado:	
¿Es su negocio un negocio propiedad del Condado de Solano?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es su negocio: <input type="checkbox"/> propiedad de la minoría	<input type="checkbox"/> Veterano de propiedad	<input type="checkbox"/> Propiedad de mujer	<input type="checkbox"/> LGBT owned
¿Cuánto tiempo lleva operando su negocio?			
Número total de empleados:		Número total de empleados en esta ubicación:	
Estructura legal del negocio:	<input type="checkbox"/> Propietario único <input type="checkbox"/> LLC	<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Corporación de Subcapítulo S
# de identificación federal del empleador:		# de impuesto de CA (EDD/Impuesto sobre la Nómina #):	
¿Su negocio está al día de todas las obligaciones fiscales del Estado de California?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su negocio está al día de todas las obligaciones fiscales del Condado de Solano?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seleccione la industria de su negocio:	<input type="checkbox"/> Servicio de alojamiento y comida <input type="checkbox"/> Gestión Administrativa o de Residuos <input type="checkbox"/> Agricultura, Silvicultura, Pesca y Caza <input type="checkbox"/> Arte y Entretenimiento <input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Finanzas / Seguros <input type="checkbox"/> Cuidado de la salud y asistencia social <input type="checkbox"/> Información <input type="checkbox"/> Fabricación <input type="checkbox"/> Servicios profesionales, científicos y técnicos	<input type="checkbox"/> Bienes y Raíces <input type="checkbox"/> Comercio al por menor <input type="checkbox"/> Transporte y almacenamiento <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Comercio al por mayor <input type="checkbox"/> Otros servicios

Section 2: COVID-19 Impacto

Describa su negocio, producto(s) y/o servicio(s):

--

¿Cómo ha impactado COVID-19 en su negocio? ¿Cómo ha tenido que cambiar en respuesta a COVID-19?

--

¿Cuántos puestos de trabajo se han visto afectados por COVID?

Section 3: Plan de Becas para Pequeñas Empresas de Solano

¿Su empresa ha recibido una subvención de otro fondo desde el 1 de marzo de 2020??	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Proporcione una descripción de las acciones planificadas específicas que permitirán a su negocio y empleados continuar sus operaciones. Y/o mostrar cómo hará girar las operaciones de forma efectiva en respuesta a los cambios COVID-19 en las operaciones comerciales. (Adjunte cualquier información relevante en una página separada si es necesario.)

--

Section 4: Presupuesto

Categoría del presupuesto	Descripción	Compra pasada (S / N)	Costo
Costos totales			\$

Section 5. Certificación por Representante Comercial Autorizado

Por la presente certifico que soy un representante autorizado de la empresa mencionada anteriormente, con la autoridad para comprometer a la empresa a contratos y acuerdos legalmente vinculantes. Certifico además que la información proporcionada como parte de esta solicitud y adjunta a ella es verdadera y precisa. Soy consciente de que cualquier información falsa u omisiones previstas puede someterme a sanciones civiles o penales por la presentación de registros públicos falsos y / o la pérdida de cualquier fondo aprobado a través de este programa.

Esta solicitud no constituye un acuerdo contractual. Si se aprueba alguna parte de la solicitud, se ejecutará un acuerdo formal entre las partes para obligar a los fondos para los gastos aprobados.

Nombre de impresión:

Título:

Firma:

Fecha: