

APLICACION PARA EL PROGRAMA DE SAN FERNANDO DE EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL (EPP) PARA NEGOCIOS

Community Development Block Grant CARES Act (CDBG-CV)

INFORMACION DEL NEGOCIO

NOMBRE DE NEGOCIO

DOMICILIO DE NEGOCIO

NUMERO DE TELEFONO DEL NEGOCIO

CORREO ELECTRONICO DEL NEGOCIO

NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE DUEÑO(S) DEL NEGOCIO

NUMERO(S) DE TELEFONO DE DUEÑO(S) DEL NEGOCIO

TIPO DE NEGOCIO

¿QUE PRODUCTOS/SERVICIOS PROVEE?

NUMERO DE EMPLEADOS QUE REQUIEREN EPP

¿TIENE ESCAPARATE COMERCIAL EN LA PLANTA BAJA?

☐ SI

☐ NO

¿TIENE UNA LICENCIA DE NEGOCIOS DE SAN FERNANDO ACTUAL?

☐ SI; NO. DE LICENCIA DE NEGOCIO: _____

☐ NO

FAVOR DE PROVEER UNA NARRATIVA DE COMO COVID-19 HA IMPACTADO SU NEGOCIO, Y COMO AL RECIBIR EPP LO AYUDARA.

REPORTANDO *Este es un programa financiado con fondos federales. Para propósito de reporte, favor de proveer la información demográfica del dueño del negocio*

	CATEGORIAS DE RAZA	MARQUE SOLO UNA CATEGORIA DE RAZA	MARQUE SI TAMBIEN ES HISPANO
1	Indio Americano/ Nativo de Alaska	☐	☐
2	Asiático	☐	☐
3	Negro/ Afroamericano	☐	☐
4	Hawaiano Nativo/ Otra Isla Pacífica	☐	☐
5	Caucásico	☐	☐
6	Indio Americano/Nativo de Alaska Y Caucásico	☐	☐
7	Asiático Y Caucásico	☐	☐
8	Negro/ Afroamericano Y Caucásico	☐	☐
9	Indio Americano/Nativo de Alaska Y Negro/ Afroamericano	☐	☐
10	Otro	☐	☐

RECONOCIMIENTO *Yo/Nosotros por la presente certifico que la información proveída en esta aplicación es cierta y correcta. Además, si aprobado, yo/nosotros proveeré(mos) documentos adicionales y certificaciones de la información proveída en el formulario de la aplicación antes de expedición de la beca. Yo/nosotros seré(mos) responsable por cualquier costo contraído por el programa si resuelta que la información proveída es falsa y/o incorrecta que pudo haber inicialmente haberme calificado para el Programa de EPP para Negocios.*

NOMBRE DE DUEÑO(S) DEL NEGOCIO	FIRMA	FECHA
NOMBRE DEL CONDUEÑO(S) DEL NEGOCIO	FIRMA	FECHA

