Con el fin de estar en regla con las normas establecidas por los financiadores de Consejo de Desarrollo Empresarial de Mujeres (WBDC), **le rogamos completar este formulario anualmente** y/o cuando ocurren cambios. Le agradecemos de antemano su cooperación. Toda su información **queda confidencial** y reportada de forma anónima a no ser que usted nos autoriza explícitamente. Este solicitud puede ser enviada devuelta a childcarebusiness@ctwbdc.org.

|  |
| --- |
| **Sección 1: Datos Personales** |
| **Fecha** |  | **Como vino a saber de WBDC?** |  |
| **Nombre** |  | **Inicial** |  | **Apellido** |  | **Fecha de Nacimiento**  |  |
| **Dirección Casa** |  |  |
| **Ciudad** |  | **Estado** |  | **Código Postal** |  |
| **Correo Electrónico de Preferencia** |  |
|  | Recibir boletín informativo:  | [ ]  Si | [ ]  No |  |
| **No. de Teléfono Primario** |  | [ ]  Móvil  | [ ]  Domicilio  | [ ]  Trabajo |
| **No. de Teléfono Secundario** |  | [ ]  Móvil  | [ ]  Domicilio  | [ ]  Trabajo |
| **Idioma de Preferencia** | [ ]  Ingles  | [ ]  Español  | [ ]  Otro – especificar: |  |  |
| **Sexo Biológico** | [ ]  Hombre  | [ ]  Mujer |
| **Estatus Matrimonial** | [ ]  Soltera  | [ ]  Pareja | [ ]  Casad  | [ ]  Separada  | [ ]  Divorciada  | [ ]  Viuda |
| **Es usted de origen hispano, latino o español?** | [ ]  Si | [ ]  No  |
| **Etnia** (marcar todo lo que aplica) | [ ]  Asiática | [ ]  Afroamericana / Africana  | [ ]  Nativa Americana o de Alaska |
|  | [ ]  Nativa de Hawái o Pacifico | [ ]  Blanco / Caucásico  | [ ]  Otro – especificar: |  |
| **¿Se considera usted persona con discapacidad física?** | [ ]  Si | [ ]  No |
| **Estatus Militar** | [ ]  Ningún servicio militar o Reserva, Guardia Nacional | [ ]  Veterana | [ ]  Veterana Discapacitada |
|  | [ ]  Miembro de la Reserva | [ ]  Miembro de la Guardia Nacional  | [ ]  Servicio Activo  | [ ]  Cónyuge Militar |
| **Nivel Mas Alto de Educación** | [ ]  Escuela secundaria parcial | [ ]  Escuela Secundaria/GED | [ ]  Universidad sin diploma |
|  | [ ]  Escuela Profesional/Técnica | [ ]  Diploma de Associate | [ ]  Diploma de Bachelor | [ ]  Maestría | [ ]  Doctorado |
| **Es usted jefe de hogar / persona responsable financieramente?** | [ ]  Si | [ ]  No |
| **Ingresos brutos anuales** (incluyendo todas fuentes) | [ ]  Menos o equivalente de $10,000  | [ ]  $10,001 a $20,000 |
|  | [ ]  $20,001 a $30,000 | [ ]  $30,001 a $40,000 | [ ]  $40,001 a $50,000 | [ ]  $50,001 a $60,000 |
|  | [ ]  $60,001 a $70,000 | [ ]  $70,001 a $80,000 | [ ]  $80,001 a $90,000 | [ ]  $90,001 a $100,000 |
|  | [ ]  $100,001 a $150,000 | [ ]  Más de $150,000 |  |  |
| **Tamaño de su hogar** (incluyendo usted) | **18 Años o Más:** |  | **Menores de 18 años:** |  |  |
| **Padre/Madre soltero/a con niño(s) menores en la casa** | [ ]  Si | [ ]  No |
| **Situación de empleo** (marcar todo que aplica) | [ ]  Trabajo por cuenta propia tiempo completo |
|  | [ ]  Trabajo por cuenta propia tiempo parcial | [ ]  Trabajo tiempo complete  | ☐ Trabajo tiempo parcial |
|  | ☐ Ama de Casa | ☐ Pensionada | [ ]  Sin Trabajo |  |
| **¿Tiene usted un plan de negocios?** | [ ]  Si - Completado  | [ ]  Si – En Progreso | [ ]  No – Sin Empezar |
| **¿Su negocio ya este operando?** | [ ]  Si  | [ ]  No |
| **¿Qué tipo de negocio de cuidado de niños está tratando de abrir?** | [ ]  En la casa | [ ]  En un centro |
| **Si esta operando un negocio, usted ha hecho algo de lo siguiente?** | [ ]  Registros obligatorios completados |
|  | [ ]  Obtuvo una ID fiscal | [ ]  Ocasionado gastos de negocios | [ ]  Pagado un empleado / persona contratada |
|  | [ ]  Conseguido capital de trabajo para seguir operando | [ ]  Registrado niños | [ ]  Ninguno de estas se aplica a mi caso |

Region:\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Sección 2: Informacion Comercial** - *Pase a la Sección 3 si no está operando un negocio.* |
| Si posee varios negocios, complete este formulario para el negocio para el que busca ayuda. |
| **Nombre de su Negocio** |  | **Fecha de Inicio** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Cual es su situación?**  | [ ]  Dueña  | [ ]  Empleada - Puesta: |  |
| **% de Propiedad Femenina?** | [ ]  0%  | [ ]  1-50%  | [ ]  51-100% |  **Localización**  | [ ]  Casa  | [ ]  Lugar Comercial |
| **Dirección del negocio** |  |  |
| **Ciudad** |  | **Estado** |  | **Código Postal** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Correo Electrónico**  |  | **Teléfono** |  |
| **Pagina Web** |  |
| **Redes Sociales:** | Facebook |  | LinkedIn |  |
|  | Twitter | @ | Instagram | @ |
| **¿En que forma usted ha registrado su negocio?** |
|  [ ]  Sole Proprietorship (negocio proprio 100%) | [ ]  LLC (compañía) | [ ]  Partnership (en asociación con alguien) |
|  [ ]  C-Corporación (fiscalmente independiente) | [ ]  S-Corporación | [ ]  Organización sin animo de lucro | [ ]  Sin registro todavía |
| **Tipo de Proveedor de Cuidado Infantil** | [ ]  Casa Familiar (DCFH) | [ ]  Hogar de Grupo (DCGH) |
|   | [ ]  Centro (DCCC) | [ ]  Campamento Juvenil | [ ]  Junta de Educación | [ ]  Exento (DCEX)  | [ ]  Sin licencia de OEC |
| **Licencia OEC # (si es aplicable)** |  |  |
|  **Si tiene licencia, capacidad del programa** (completa para su tipo de programa): |
|  | **Casa Familiar:** | Menos de 2 años |  |  | De 2 años a Kindergarten |  |  Edad Escolar |  |  |
|  | **Hogar de Grupo / Centro:** | Menos de 3 años |  |  3 años o más |  |  |
| **Cantidad de Niños Registrados** |  |  |
| **Certificaciones y Acreditaciones Empresariales**  | [ ]  NAEYC  | [ ]  NAFCC  | [ ]  8(a) Certificada |
|  | [ ]  Empresa certificada propiedad de mujeres | [ ]  Empresa certificada propiedad de minorías | [ ]  Ninguna certificación |
| **Miembro de una agencia de recursos para proveedores de cuidado infantil** | [ ]  Red de cuidado infantil familiar (SFCCN) |
|  | [ ]  Sistema de mejora de la calidad de la acreditación (AQIS) | [ ]  Centro Regional de Servicios Educativos (RESC) |
|  | Especifica la agencia: |  |  [ ]  Ninguna |
| **Cantidad de empleados** (incluyendo usted): |
|  # Tiempo Completo: |  | # Tiempo Parcial: |  | # Por Estación / Época: |  | # Temporal / Por Contrato: |  |
| **En los últimos 12 meses cual ha sido:** |
|  | **Ingresos brutos / Ventas** | $ | **Ganancias (+) / Perdidas (-)** | $ |
|  | **Salario para Propietario** (ingresos proveniente del negocio para gastos personales y/o hogar)  | $ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sección 3: Términos y Condiciones** |
| **Como cliente de WBDC, un socio de recursos del SBA (Small Business Administration), estoy de acuerdo de participar, *en caso de ser seleccionada*, en un sondeo para evaluar WBDC y/o los servicios de la SBA. Autorizo a WBDC de compartir mi nombre, dirección, numero de teléfono y dirección de correo electrónico con el SBA para este propósito.** Cualquier información compartida permanece confidencial. | [ ]  **Si** | [ ]  **No** |
| **Certifico que la información anterior es correcta.**En consideración de la asistencia técnica y/o consejos recibidos, renuncio a todas las reclamaciones en contra de WBDC, su personal y todos los empleados, agentes, afiliados y terceros actuando en nombre o en relación con WBDC, derivadas de la asistencia brindada. Además, renuncio a todas las reclamaciones contra el personal de SBA y sus socios de recursos derivando de la asistencia técnica o empresarial.  |
| **Firma del Solicitante**: |  | **Fecha**: |  |

Region:\_\_\_\_\_