

## Hoja de cubierta de RFP para pequeñas empresas

(Este formulario debe completarse completamente y enviarse con su propuesta en respuesta a la RFP)

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROPIETARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono(s): Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del negocio: \_\_\_\_\_

*(Por favor, incluya el Código Postal)*

Tipo de organización empresarial:

Propietario único

Compañía de responsabilidad limitada

Asociación

Corporación

Propiedad/Gestión de la asociación:

Nombre:	Porcentaje:	Interés:	Propiedad:	Título:

Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

La ubicación comercial actual es: propiedad \_\_\_\_\_ / arrendada \_\_\_\_\_

Pago de hipoteca/ arrendamiento (por mes): \$ \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento del contrato de arrendamiento/ hipoteca: \_\_\_\_\_

Ingresos brutos anuales promedio: \_\_\_\_\_ Ingresos anuales netos promedio: \_\_\_\_\_

Cantidad de fondos personales invertidos en el negocio hasta la fecha: \_\_\_\_\_

Ingreso total del hogar durante los últimos doce (12) meses: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas empleaba su empresa antes del COVID-19 (1 de marzo de 2020) (incluyéndose a usted mismo): \_\_\_\_\_?

Tiempo completo: \_\_\_\_\_ Tiempo parcial: \_\_\_\_\_

A partir de hoy: \_\_\_\_\_ Tiempo completo: \_\_\_\_\_ Tiempo parcial: \_\_\_\_\_

Retención anticipada del trabajo (y/o recontractación) si se otorgan fondos ARPA: Tiempo completo: \_\_\_\_\_ Tiempo parcial: \_\_\_\_\_

**DEMOGRAFÍA DEL PROPIETARIO DEL NEGOCIO**

Edad del propietario del negocio:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 18 años – 29 años | <input type="checkbox"/> 61 años – 80 años |
| <input type="checkbox"/> 30 años – 45 años | <input type="checkbox"/> más de 80 años    |
| <input type="checkbox"/> 46 años – 60 años |  |

¿Su empresa es propiedad de una minoría?  Sí  No

*En caso afirmativo, por favor indique:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro               |
| <input type="checkbox"/> Caboverdiano    | <input type="checkbox"/> Hispano del hemisferio occidental |
| <input type="checkbox"/> Aleutiano       | <input type="checkbox"/> Esquimal                          |
| <input type="checkbox"/> Asiático        | <input type="checkbox"/> Propiedad de mujeres              |

Por favor indique su estado de veterano:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Veterano discapacitado          | <input type="checkbox"/> Otro veterano protegido                                 |
| <input type="checkbox"/> Veterano recientemente separado | <input type="checkbox"/> Veterano con medalla de servicio de las Fuerzas Armadas |
| <input type="checkbox"/> Sin servicio militar            | <input type="checkbox"/> Veterano de la era de Vietnam                           |

**REQUISITOS DE SOLICITUD****BENEFICIO COMUNITARIO:**

Describa en detalle cómo su entidad crea beneficios comunitarios (por ejemplo, personas atendidas, empleos creados, ingresos fiscales generados u otros indicadores medibles, etc.), y cómo la propuesta proporcionará beneficios continuos con resultados impactantes y medibles. Por favor, describa también con el mayor detalle posible cómo la propuesta beneficia a las comunidades minoritarias y de bajos ingresos desfavorecidas y desproporcionadamente afectadas de la Ciudad.

**APROVECHAMIENTO DE LAS ASOCIACIONES Y LOS RECURSOS:**

Describa cualquier plan que su entidad tenga para aprovechar las asociaciones, el financiamiento y otros recursos como parte de esta propuesta para amplificar y maximizar el impacto de los fondos ARPA para contrarrestar los impactos negativos para la salud y/o económicos de la pandemia de COVID-19.

**CAPACIDAD DE GESTIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORMES:**

Describa la experiencia y la capacidad de su entidad para administrar, implementar, medir e informar sobre los resultados de becas y los usos de los fondos. Incluya su plan para administrar, implementar, medir e informar en caso de que reciba una beca bajo esta RFP.

**PRESUPUESTO Y FINANZAS:**

Por favor, enumere y explique la solicitud total de financiamiento para esta beca utilizando una descripción del presupuesto que desglosa la cantidad solicitada por partida. Se recomienda encarecidamente a los proponentes que soliciten montos de becas que reflejen adecuadamente el tamaño general de su organización, capacidad, necesidad y alineación con la intención de ARPA. La Ciudad se reserva el derecho de otorgar una cantidad inferior al total solicitado, a su entera discreción. No se requieren fondos de contrapartida, sin embargo, la Ciudad alienta las propuestas que involucran fondos de contrapartida y/o una combinación de entidades que se asocian para compartir recursos y amplificar el impacto de los fondos de ARPA.

Los proponentes también deben enumerar los fondos recibidos de los paquetes de ayuda federal COVID-19 hasta la fecha. Nota: La Ciudad se reserva el derecho de priorizar los premios para los proponentes que no hayan recibido previamente préstamos o becas federales (como el Programa de Protección de Cheques de Pago, el Préstamo por Desastre por Lesiones Económicas, la Beca para Operadores de Lugares Cerrados, el Fondo de Revitalización de Restaurantes, o que fueron financiados a través del Programa de la Ley CARES o el Programa *Prime the Pump*). Los proponentes que previamente recibieron otra asistencia federal son elegibles para becas bajo esta RFP siempre y cuando los gastos no se dupliquen.

**Los proponentes deben incluir los siguientes documentos** financieros con la presentación en respuesta a esta RFP (marcar como "Confidencial" para permitir la redacción): Declaraciones de impuestos (estatales y federales), Estados de pérdidas y ganancias y Estados de balance de los últimos dos (2) años.

Si se otorga una beca bajo esta RFP, se requerirán formularios adicionales (que serán proporcionados por la Ciudad): Formulario W-9; Certificado corporativo/ Voto de corporación; Declaración de inhabilitación; Declaración de conflicto de intereses; Certificado de seguro; Formulario de mantenimiento del proveedor; Formulario de creación/ Retención de empleo; Número DUNS; y Respaldo de nómina.

**IMPACTOS DEL COVID-19**

Por favor, indique los impactos que su entidad ha sufrido por COVID, de acuerdo con las siguientes opciones:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cierre  | <input type="checkbox"/> Aumento de los gastos de limpieza           |
| <input type="checkbox"/> Falta de acceso a financiamiento o capital                | <input type="checkbox"/> Pago de arrendamiento/ alquiler             |
| <input type="checkbox"/> Disminución de usuarios/ clientes                         | <input type="checkbox"/> Aumento de los gastos de servicios públicos |
| <input type="checkbox"/> Compra de equipos/ suministros de protección              | <input type="checkbox"/> Pérdida de empleados                        |
| <input type="checkbox"/> Aumento de la demanda de telecomunicaciones/ internet     | <input type="checkbox"/> Aumento de la demanda de servicios          |
| <input type="checkbox"/> Contracción forzada o retraso en la expansión del negocio | <input type="checkbox"/> Menor demanda de servicios                  |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor explique a continuación)                 |  |

Por favor proporcione una descripción detallada que explique los impactos seleccionados anteriormente e incluya cualquier impacto adicional no establecido anteriormente (incluya una presentación escrita por separado si se requiere espacio adicional para esta respuesta):

---

---

---

---

---

---

A large rectangular frame containing 30 horizontal lines, intended for writing or drawing.



