

Perfil del Programa

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Télefono Casa (_____) _____ Número de Seguro Social: _____
(Área) (Número)

Su casa o apartamento es en renta o es propio? _____ Correo electrónico: _____

Información de Empleo:

Está usted empleado por un empleador? Si ___ No ___ Tiempo completo ___ Tiempo Parcial ___

Es usted auto-empleado? Si ___ No ___ Tiempo completo ___ Tiempo Parcial ___

Dirección como auto empleado (Incluya Ciudad, Estado y Código Postal) _____

Está usted buscando empleo? (Ocupación) _____

Está usted buscando un mejor empleo? (Ocupación) _____

Télefono del Trabajo (_____) _____ Extensión: _____
(Área) (Número)

Edad: Menor de 18 ___ 18-24 ___ 25-34 ___ 35-49 ___ 50+ ___ Género: Masculino ___ Femenino ___

Educación:

Grado 12do. o menor ___ Bachillerato/GED ___ Algunos estudios Universitarios ___ Grado Universitario ___ Algún otro tipo de grado _____

Postgrado ___ Está actualmente estudiando? Si ___ No ___ Grado o Curso _____ Último grado completado: _____

Otros estudios: _____ Nombre de la Institución Educativa: _____

Información Personal:

Número de Licencia de Conducir: _____ Estado: _____ Fecha de Expiración: _____

Estado Civil: Casado: ___ Soltero: ___ Divorciado: ___

Número de personas en su familia: _____ (Indique el número de personas de acuerdo a las siguientes categorías)

Adultos: ___ Niños: ___ Hombres: ___ Mujeres: ___ Niños en Escuela Elemental: _____

Ingreso anual familiar: \$ _____ (Se debe presentar prueba de este ingreso)

Tiene usted alguna de las siguientes: Cuenta Corriente ___ Cuenta de Ahorros ___ Certificados de Depósito: _____

Actualmente recibe usted algún tipo de asistencia pública o beneficios de servicios sociales? Si ___ No ___

Describa: _____

Ha sido usted beneficiario de algún programa gubernamental (Welfare/AFDC/TANF) en los últimos 5 años? Si ___ No ___

Si su respuesta es positiva: Desde cuando _____ Hasta cuando _____ Qué tipo: _____

Tiene usted seguro médico? Si ___ No ___ Si su respuesta es positiva indique con cuál compañía: _____

Información de Mercadeo:

Cómo escuchó acerca de GCMI? Radio ___ Televisión ___ Internet _____

Prensa ___ Amigo/Familiar ___ Servicios Estudiantiles _____ Referido por _____

Folleto ___ CAA ___ Otro grupo comunitario ___ Organización _____

Cuáles son sus expectativas? _____

Perfil del Programa

Tiene usted alguna discapacidad? Si _____ No _____ Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si _____ No _____

Si tiene alguna discapacidad por favor explique: _____

Origen Étnico: Hispano o Latino: Si _____ No _____

Categoría Racial: Negro/Afroamericano: _____ Blanco _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asiático: _____

Asiático y Blanco: _____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco _____ Nativo Hawaiano/otras Islas del Pacífico: _____

Negro/Afroamericano y Blanco: _____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano: _____ Otro/Multiracial: _____

Veterano? Si _____ No _____

Visión General del Negocio:

Especifique la etapa en la que se encuentra su negocio:

Negocio propiedad de:

Etapa Exploratoria/Planeación _____

Hombre _____

Comenzando (Nuevo o menos de 12 meses) _____

Mujer _____

En marcha (Más de 12 meses) _____

Colectivo _____

Su negocio está registrado? Si _____ No _____

Cuál es el Tax ID de su negocio? _____

Nombre del negocio: _____ Número de teléfono: (_____) _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Descripción del negocio: _____

Estatus legal: Único propietario _____ Corporación S _____ Corporación C _____ Sociedad _____ Otro _____

Tipo de negocio: Servicios _____ Minorista _____ Mayorista _____ Agricultura _____ Otro _____

Si marco "otro" por favor describa: _____

Fecha de fundación _____ # de empleados _____ Volumen anual de ventas _____ Tiempo de operación _____

Número de empleos generados (incluido usted mismo) _____ Número de trabajos mantenidos (incluido usted mismo) _____

Cuánto fue su ingreso personal proveniente del negocio el mes pasado? \$ _____

Cuánto fue su ingreso personal proveniente del negocio en los últimos 6 meses? \$ _____

Cuánto fue su ingreso personal proveniente del negocio en los últimos 12 meses? \$ _____

Cuánto fue el ingreso bruto de su negocio en los últimos 6 meses? \$ _____

Cuánto fue la ganancia o la pérdida que tuvo su negocio en los últimos 12 meses? \$ _____

