

**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 \_\_\_\_\_  
Comenzando (Nuevo o menos de 12 meses) \_\_\_\_\_  
En marcha (Más de 12 meses) \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_  
Mujer \_\_\_\_\_  
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? \$ \_\_\_\_\_

