



**ventures**

Building businesses, changing lives

Staff use only	Biz Type:	HH Size	Annual Income	Fee			
	Service			\$50	\$100	\$200	SCH
	Food	Income Ver. Rec'd	Pmt Type			Staff	
Product	Y / N	Sq	Cash	Check			

# Solicitud del Curso de Negocios

**INSTRUCCIONES:** Llene la siguiente solicitud por completo para poder solicitar un espacio en el curso de negocios. Si su negocio es una sociedad de dos personas o más, pedimos que cada quien interesado en curso llene y entregue su propio formulario. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales.<sup>1</sup>

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. Hogar: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Método(s) preferido(s) de contacto:  Correo electrónico  Teléfono  Mensaje de texto

## INFORMACIÓN PERSONAL

Ventures pide la siguiente información para entender más de sus participantes, lo cual nos permite evaluar los programas empresariales y mejorar su eficiencia a largo plazo. Sus respuestas en esta sección son utilizadas para *propósitos de evaluación solamente* en Ventures. Su información personal se mantiene totalmente confidencial.

**Fecha de Nacimiento (día/mes/año):**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Identidad de Género:**

- Masculino
- Femenino
- Otro: \_\_\_\_\_
- Optar por no decir

**Grupo Étnico (seleccione a todos los que apliquen):**

- Asiático
- Blanco/a
- Isleño del Pacífico o Hawaiano/a
- Latino o Hispano/a
- Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Negro/Africano Americano
- Otro: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

- Soltero/a
- Casado/a
- Unión Libre / Pareja Doméstica
- Divorciado/a o Separado/a
- Otro

**¿Padece usted de algún tipo de discapacidad física o mental?**

Sí  No

**¿Es usted un veterano de EE.UU.?**

Sí  No

**¿Es usted un inmigrante en los EE.UU.?**

Sí  No

**¿Vino usted a los EE.UU. como refugiado?**

Sí  No

<sup>1</sup>Ventures utiliza la información en esta encuesta para evaluar y monitorizar a nuestros programas. Su información personal se mantendrá confidencial.

### Su primer idioma ¿es español?

Sí  No

**Si no:** ¿Cuál es?: \_\_\_\_\_

### Nivel de educación más alto completado

Primaria y/o Secundaria  Preparatoria/GED

Vocacional o Técnico  Universidad

Maestría o Post-Grado

### ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

Renta

Propia

Subsidiada

Casa pública

Sin hogar

Otra: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

---

**Cuéntenos acerca de su negocio. ¿Cuál es la idea de negocio que quiere emprender o cuál es su negocio existente?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Describa su producto o el servicio que ofrece el negocio.** (Ejemplo: servicio de banquetes, guarderías, plomería, limpieza de casas, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cuéntenos acerca de USTED y su negocio. ¿Qué experiencia tiene usted que se relaciona a la industria del negocio? Por favor, incluye información de la experiencia formal (ej.: de empleo formal o la experiencia manejando el negocio) e informal (vendiendo a la familia, ofreciendo servicios de gratis).**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Tiene usted un socio o socios para este negocio?**  Sí  No

**Si sí,** anote el nombre del socio o los socios: \_\_\_\_\_

**¿Ha escrito usted un plan formal para su negocio?**  Sí  No  No estoy seguro/a

**En este momento ¿su negocio está realizando ventas?**

**Sí, estoy vendiendo ahorita** – Por favor, siga a contestar las preguntas debajo.

**Todavía no** – Pase directamente a la sección de “**Información de empleo e ingresos**” en la página 3.

*Información de ventas anotado aquí NO ES un reporte formal de las ventas para su negocio. Ventures utiliza esta información para medir el progreso de los negocios que participan en sus programas solamente. Si no está seguro/a de los montos exactos, denos el mejor estimado posible.*

**¿Cuándo comenzó usted a vender?** Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

¿Cuánto se puede vender en un mes normal de su negocio? (use un promedio si varea el monto mensual): \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto se puede tener de gastos de negocio en un mes normal de su negocio?: \$ \_\_\_\_\_

**¿Utiliza ingresos de su negocio para algunos gastos personales (como comida o renta)?**  Sí  No

**Si es así:** ¿Cuánto dinero de su negocio utiliza para su uso personal, en un promedio mensual? \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una licencia de negocios vigente del Estado de Washington?  Sí  No

Si es así: ¿Cuándo la obtuvo? Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo trabaja en su negocio por semana?

- Tiempo completo (30 horas por semana o más)
- Tiempo medio (1-29 horas por semana)
- Temporal (9 meses por año o menos)

Si por el momento usted no trabaja en su negocio por tiempo completo, ¿tiene la intención de que su negocio sea su trabajo principal de tiempo completo en el futuro?  Sí  No

¿Tiene usted empleados pagados? NO se incluya a usted mismo.

No tengo empleados

**Si los tiene**, indíquenos cuántos de cada categoría:

# Empleados de tiempo completo: \_\_\_\_\_ # Empleados de tiempo medio: \_\_\_\_\_

# Empleados temporáneos: \_\_\_\_\_ # Empleados de contrato: \_\_\_\_\_

**El salario promedio por hora de sus empleados:** \$ \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMPLEO E INGRESOS

Le preguntamos acerca de su situación actual de ingresos con el fin de evaluar su elegibilidad para el programa. Si usted es aceptado en el curso, le pediremos y recogeremos un comprobante de sus ingresos el primer día de la clase.

¿Tiene usted un trabajo a parte de su negocio en donde trabaja como empleado?  Sí  No

Si sí: ¿Cuántas horas trabaja en empleos que no sean su negocio?

- Tiempo completo (30 horas por semana o más)
- Tiempo medio (1-29 horas por semana)
- Temporal (9 meses por año o menos)

Si no tiene un trabajo, ¿se aplica una de estas?  Desempleado  Ama de casa  Estudiante  Retirado

¿Actualmente está recibiendo asistencia pública?  Sí  No

(Puede ser cupones de alimentos, TANF, SSI, Desempleo, Asistencia para Refugiados, Asistencia de Vivienda, u otra asistencia.)

¿Actualmente está recibiendo beneficios de TANF?  Sí  No

Usted incluido/a, ¿Cuántas personas hay de cada edad en su hogar?

(Su hogar se define como las personas incluidas en sus impuestos, usted incluido, los niños y adultos dependientes)

Número de menores de edad (edades 0-17) \_\_\_\_\_ Número de adultos (edades 18+ usted incluido) \_\_\_\_\_

**Total de ingresos mensuales de su hogar antes de restar los impuestos.** Por favor, sume el total de todas las fuentes de ingresos que existan en su hogar.

Fuentes de ingresos en el hogar	Cantidad recibida por mes
1. Empleo formal (de medio tiempo o tiempo completo)	\$
2. Empleo por cuenta propia (ganancias de su negocio)	\$
3. Asistencia del gobierno (SSI, desempleo, estampillas de comida, etc.)	\$
4. Pensiones o ingresos por jubilación	\$
5. Ingresos de otros en el hogar (esposo/pareja, otras en la familia, etc.)	\$
6. Otra:	\$
<b>Total de ingresos mensuales antes de impuestos</b> (Sume las líneas 1-6)	\$

## ¿Cómo aprendió usted de Ventures?

- Página web de Ventures
- Facebook
- Instagram
- Twitter
- Anuncio o volante. ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- Casa Latina
- El Centro de la Raza
- Administración de Pequeños Negocios (SBA)
- YWCA
- Grupo comunitario u otra organización sin fines de lucro. Nombre: \_\_\_\_\_
- Agencia del gobierno. Nombre: \_\_\_\_\_
- TV/radio/periódico. Nombre: \_\_\_\_\_
- Internet/investigación independiente
- Otro: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL

---

Ventures tiene un programa de abogacía que se dedica a identificar las necesidades de los micro-empresarios para que podamos mejorar nuestros servicios y servirles de la mejor manera. Estas preguntas son para fines de evaluación solamente y no tendrán ningún afecto en su solicitud para el programa de Ventures.

### ¿Tiene usted algún tipo de seguro de salud?

- Sí → ¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?
  - Un seguro de mi trabajo o del trabajo de un familiar.
  - Cobertura que yo compro por el Mercado del Seguro Médico del Estado de Washington.
  - Medicare
  - Medicaid (el programa de salud para personas con bajos recursos, también conocido como *Washington Apple Health*).
  - Algún otro programa del gobierno (como el departamento de veteranos, Indian Health Service, etc.).
- No → ¿Por qué no?
  - No estoy seguro/a cómo obtener un seguro de salud
  - Por el precio - es demasiado caro
  - No quiero un seguro de salud
  - Por otro motivo: \_\_\_\_\_

### ¿Usted en este momento está ahorrando para su jubilación (para pensionarse)?

- Recibo un sueldo de mi empleador, y una parte de cada cheque está depositada en mis fondos de jubilación.
- Yo mismo ahorro para mi jubilación cada mes.
- Yo mismo ahorro para mi jubilación solamente cuando pueda.
- Actualmente no estoy ahorrando para mi jubilación.  
→ **Si no está ahorrando para su jubilación, ¿Por qué no?** \_\_\_\_\_

¿En el año pasado ha utilizado algún servicio de préstamos del día de cobro?  Sí  No  
(Servicios comunes incluyen Cash America, Moneytree, u otras compañías que venden servicios parecidos)

## CONTACTO DE EMERGENCIA

---

Por favor, proporcione el nombre e información de alguien a que Ventures podría contactar con el fin de transmitir un mensaje para usted, en el caso de que usted se mude o de pronto cambie su información de contacto.

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Parentesco con usted: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto: \_\_\_\_\_ Email del contacto: \_\_\_\_\_

## LOS ACUERDOS DE VENTURES Y SU FIRMA

---

**ACUERDO DE EVALUACIÓN:** Mientras que usted participe en el programa de Ventures, le pediremos entregar encuestas aproximadamente cada trimestre de su participación y al final de cada curso en el que participe. Es posible que le contactaremos hasta 2 años después de participar en nuestros programas para evaluar los efectos del programa de Ventures a largo plazo.

**ACUERDO DE COMERCIALIZACIÓN:** De vez en cuando Ventures toma fotografías o videos de eventos y clases de Ventures para su posible uso en volantes, folletos, boletines de noticias, redes sociales, comunicado de prensa, o nuestro sitio de web. Usted puede estar incluido en una foto/un video en un ambiente grupal o como el sujeto principal. Si usted no desea ser incluido en las fotos/videos, es su responsabilidad de informarnos en el momento de filmar/fotografiar. También Ventures le gustaría su permiso para promocionar su negocio al público por medio de compartir información como su sitio de web de su negocio, páginas sociales (como Facebook, Instagram, etc.), o la dirección de su negocio.

No quiero participar en cualquier actividad de comercialización.

**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN:** Ventures se asocia con otras organizaciones para brindar clases y servicios distintos a sus participantes. A veces compartimos la información de contacto de nuestros participantes con el personal de la organización socia para que le puedan atender correctamente. Jamás compartiremos su información con individuos y/o compañías que tengan la intención de venderle algo a usted, que soliciten dinero o que le podrían hacer daño de alguna manera.

No quiero que Ventures comparta mi información de contacto.

Ventures es un empleador de igualdad de oportunidades y prohíbe la discriminación por motivos de raza, credo, sexo, origen nacional, discapacidad, orientación sexual, u otro motivo que es prohibido por las leyes federales, estatales, o locales. Se realizarán arreglos razonables por personas con discapacidades a pedido; contacte a [info@venturesnonprofit.org](mailto:info@venturesnonprofit.org) para arreglar acomodaciones especiales. Todos los sitios son accesibles por sillas de ruedas.

**He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.** *Con el hecho de firmar abajo, usted verifica que toda la información en esta solicitud es correcta y completa, y que presentará una verificación de sus ingresos.*

\_\_\_\_\_  
*Su firma*

\_\_\_\_\_  
*La fecha*