

### Preguntas Sobre Elegibilidad

1. Seleccione el condado del oeste de Carolina del Norte donde se encuentra su negocio principal:

- |                                  |                                       |                                    |                                          |                                     |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avery   | <input type="checkbox"/> Buncombe     | <input type="checkbox"/> Burke     | <input type="checkbox"/> Cherokee        | <input type="checkbox"/> Clay       |
| <input type="checkbox"/> Graham  | <input type="checkbox"/> Haywood      | <input type="checkbox"/> Henderson | <input type="checkbox"/> Jackson         | <input type="checkbox"/> Macon      |
| <input type="checkbox"/> Madison | <input type="checkbox"/> McDowell     | <input type="checkbox"/> Mitchell  | <input type="checkbox"/> Polk            | <input type="checkbox"/> Rutherford |
| <input type="checkbox"/> Swain   | <input type="checkbox"/> Transylvania | <input type="checkbox"/> Yancey    | <input type="checkbox"/> Qualla Boundary |                                     |

2. ¿Cuál es el valor en dólares estimado de la infraestructura física de su empresa y/o el valor de mercado de las posesiones comerciales dañadas como resultado del huracán Helene?

3. ¿Cuál es la pérdida de ingresos estimada de su empresa desde el 09/27/2024 hasta el 11/27/2024 asociada con el huracán Helene?

4. Seleccione el estado operativo que mejor se adapte a su situación:

- Completamente reabierto/regreso a operaciones normales
- Parcialmente abierto, pero no ha regresado a operaciones normales/completas
- Cerrado, pero planea reabrir dentro del próximo mes
- Cerrado, planeo reabrir, pero no estoy seguro de cuando
- Cerrado, no planeo reabrir

### Impacto en el Empleo

1. ¿Cuántos empleados equivalentes a tiempo completo (FTE) tenía su empresa al 27 de septiembre de 2024?

2. ¿Cuántos empleados FTE tiene actualmente?



### Información Comercial

Nombre comercial legal

DBA empresarial

*(Ingrese el nombre del propietario si es propietario único) (Solo si está registrado con el Dept. del Estado de NC)*

Dirección física comercial

Dirección física – Línea 2

Ciudad

Estado

Código Zip

1. Por favor ingrese la Fecha de constitución de la empresa (MM/DD/YYYY)

2. Ingrese los ingresos brutos de su negocio para el año fiscal 2023. (NOTA - ¡solo las empresas con ingresos brutos en 2023 menos de \$1,000,000 son elegibles para este programa!)

3. ¿Es su empresa propiedad local (el 50% o más de los propietarios viven dentro de los condados elegibles)?

Sí

No

4. ¿La empresa está dirigida por minorías (el 50% o más de los propietarios se identifican como personas de color)?

Sí

No



5. ¿El negocio está dirigido por mujeres (el 50% o más de los propietarios se identifican como mujeres)?

Si

No

### **Presencia Social**

1. Dirección principal de redes sociales (e.g. Facebook, Twitter, or Instagram)

2. Incluya el sitio web de su negocio (...si aplica)

### **Información del Propietario**

NOTA: ¡Propietarios de negocios con múltiples negocios pueden solicitar becas para un solo negocio! Si es propietario de varias empresas, no complete más de una solicitud preliminar.

El solicitante debe ser propietario mayoritario con autoridad para firmar en nombre de la organización.

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

¿Cuál es su idioma preferido?

Inglés

Español

Correo electrónico principal



Verificar correo electrónico

Porcentaje de propiedad

¿Cuál es el mejor número de teléfono para comunicarse con el solicitante/propietario?

Si es seleccionado para recibir financiación de la beca, deberá proporcionar un número de seguro social (SSN), un número de identificación de empleador federal (EIN) o un número de identificación de contribuyente individual (ITIN). ¿Puede proporcionar esta información?

Sí

No

(ADVERTENCIA - responder “No” a esta pregunta hará que esta solicitud no sea elegible para una beca. Verifique su respuesta antes de continuar con la solicitud.)

¿Usted no es propietario y está completando esta solicitud en nombre de la empresa?

Sí, soy un particular que ayuda al propietario del negocio

No, soy el propietario del negocio

Si respondió Sí a la pregunta anterior, ¿cuál es su relación con este negocio?

Empleado o miembro del personal

Contador o asesor financiero

Consejero de Negocios

Otro



Como facilitador de una parte privada, proporcione su nombre, correo electrónico, y número de teléfono como persona autorizada para comunicarse en nombre de la empresa. (Nota: la representación de partes privadas se validaran con el propietario de la empresa antes de avanzar en el proceso de elegibilidad.

Nombre del preparador/socio

Apellido del preparador/socio

Correo electrónico del preparador/socio

Teléfono del preparador/socio

### **Solicitud de Financiamiento**

¿Cuánto está solicitando a la Iniciativa para Pequeñas Empresas de WNC? Las solicitudes de financiamiento no deben exceder sus pérdidas reales y estimadas debido al huracán Helene.

Monto de Financiamiento Solicitado:

(NOTA: el monto máximo de la beca es de \$25,000)

¿Para qué se utilizarán estos fondos? Enumere los costos principales, así como las categorías principales.

(Opcional) Si solicitó otra financiación para desastres, indique las solicitudes de financiación que haya presentado y su estado o resultado (incluidos los montos) (máx. de 300 caracteres).

Puede obtener más información sobre el programa y postularse visitando esta pagina: <http://bit.ly/4hukKfs>



(Opcional) ¿Qué necesidades y apoyo adicionales (además de la financiación) cree que tendrá para reabrir de forma segura y sostenible?

1. Raza (Marque todo lo que corresponda)

- |                                                |                                            |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Nativo americano  |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Alaska                | <input type="checkbox"/> Blanco            |
| <input type="checkbox"/> Asiático americano    | <input type="checkbox"/> Otro              |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano              |                                            |

2. Etnicidad

- Prefiero no responder  
 Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

3. Genero

- Prefiero no responder  
 Femenino  
 Masculino  
 Hombre transgenero/hombre trans/mujer a hombre (FTM)  
 Mujer transgenero/Mujer trans/Hombre a mujer (MTF)  
 Genero no conforme  
 No binario  
 Otro

4. Orientacion Sexual



- Prefiero no responder
  - Heterosexual
  - Gay
  - Queer
  - No lo se
  - Otro
5. ¿El propietario sirvió en el ejército de los EE. UU?
- Si
  - No
6. En caso afirmativo, ¿cuál es su estatus militar?
- Prefiero no responder
  - Veterano discapacitado en el servicio
  - Veterano
  - Miembro militar en servicio activo en transición
  - Reservista o Guardia Nacional
7. ¿El propietario está discapacitado?
- Si
  - No

### **Certificación de Propietario de Empresa**

El fondo de Western North Carolina Small Business es posible gracias a Dogwood Health Trust, con la administración del programa de Appalachian Community Capital y Community Reinvestment Fund Inc. Como administrador del programa, supervisando el programa WNC Small Business Initiative (Programa), Appalachian Community Capital y Community Reinvestment Fund Inc. se basa en las certificaciones proporcionadas por el propietario de la empresa (solicitante). Estas certificaciones cubren la utilización de fondos, la elegibilidad comercial, los detalles del propietario y la información financiera relacionada tanto con la empresa como con su propietario. Los detalles se están enviando o se presentaron como parte del proceso de solicitud de beca(s) y/o la documentación final del acuerdo de la beca. Los solicitantes están obligados a realizar estas certificaciones de buena fe, reconociendo su responsabilidad legal de proporcionar



información exacta y veraz.

Un representante designado y autorizado del Solicitante deberá certificar dicho cumplimiento.

Por favor revise las siguientes declaraciones. Haga clic en “Si” para certificar su aceptación. Haga clic en “No” para certificar que no acepta.

**(ADVERTENCIA:** una respuesta certificada “No” a cualquiera de las siguientes afirmaciones hará que esta solicitud preliminar no sea elegible para una beca.)

Mi negocio ha estado en función desde el 27 de septiembre de 2023 o antes.

Si  No

Mi empresa tiene una ubicación física dentro de la región elegible, según se define en los criterios de elegibilidad para este programa de becas.

Si  No

Entiendo que, si recibo una beca, el nombre de mi empresa, el monto de la beca y la cantidad de empleados apoyados pueden anunciarse públicamente, y acepto esta divulgación. Toda otra información se mantendrá estrictamente confidencial.

Si  No

Si se me otorga, aceptó responder a una encuesta futura sobre el impacto de la beca en mi negocio.

Si  No

Entiendo y acepto que los fondos solo pueden usarse para costos operativos, incluidos los costos de contratación y nómina, y los gastos incurridos al reabrir o reanudar las operaciones normales de mi negocio.

Si  No



Al certificar “Si” a esta declaración, autorizo a Appalachian Community Capital (ACC) y su representante autorizado (Community Reinvestment Fund, o “CRF”) en virtud del Programa, a solicitar y revisar las declaraciones de impuestos estatales y federales del solicitante, así como información de devolución de impuestos. Por presente garantizo que soy un representante autorizado del solicitante y tengo plena autoridad para renunciar a la confidencialidad según las leyes estatales y federales y autorizar la divulgación de esta información.

Si

No

Certifico que la información proporcionada en la solicitud de beca presentada para este programa y, si soy seleccionado para recibir una beca, la información proporcionada en todos los documentos y formularios de respaldo es verdadera y precisa en todos los aspectos materiales. Entiendo que hacer una declaración falsa para obtener una beca es un crimen según las leyes estatales y federales.

Si

No

Como solicitante, entiendo que cualquier fondo de beca recibido a través del Programa se considera ingreso sujeto a impuestos. Como tal, el Administrador del Programa emitirá un Formulario 1099 a todas las empresas que deben recibirlo.

Si

No



**Descargo de Responsabilidad:**

La información proporcionada durante el proceso de solicitud es responsabilidad de cada solicitante. Los solicitantes no harán responsables al Administrador del programa (CRF), sus afiliados, miembros, socios y personal por pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier tipo relacionados con el uso o la idoneidad, precisión o integridad de cualquier información cargada en el formulario.

Cada pregunta debe leerse atentamente y las respuestas deben seleccionarse con precisión. El Administrador del Programa (CRF) no puede aceptar cambios en su solicitud de beca una vez enviada.

**Certifico que toda esta información es completa y correcta, y doy permiso para que un miembro de WWBC, CSBDF o MBW copie esa información en el formulario de solicitud en línea y la envíe en mi nombre. Además, doy permiso para que un miembro del equipo de WWBC o CSBDF reciba copias de todas las comunicaciones sobre esta solicitud de beca y cualquier posible adjudicación para que puedan ayudarme a mí y a mi empresa a navegar el proceso de solicitud de beca.**

---

Firma

---

Fecha

