



**Hablemos de Negocios  
2015**

*Programa para el Desarrollo de Cuentas Individuales para Pequeños Negocios 2015  
Un programa de ahorros con contribuciones equivalentes para pequeños negocios que  
califiquen*

**INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

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

Dirección del Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico Personal:  
\_\_\_\_\_

Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del Negocio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del negocio:  
\_\_\_\_\_

Sitio Web del negocio: \_\_\_\_\_

Tipo de negocio o Servicio: \_\_\_\_\_



**Hablemos de Negocios**  
**REQUISITOS DE LA SOLICITUD**

**PARTE A. Conteste las siguientes preguntas.**

- ¿Ha existido su negocio al menos 12 meses?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

- ¿Son los ingresos anuales de su negocio inferiores a \$1 millón?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad? \_\_\_\_\_

- Su negocio es una organización:

\*Marcar solamente una

- con fines de lucro
- sin fines de lucro

- Usted es:

\*Marcar solamente una

- propietario único
- corporación
- sociedad colectiva
- otra: \_\_\_\_\_

***Nota: En el caso de ser sociedad colectiva, los socios deben firmar la autorización para participar.***

- ¿Es usted el(la) propietario(a) mayoritario(a)?

Sí

No

- Con el fin de calificar para este programa, usted debe tener por lo menos 18 años. ¿Cuál es su edad actual? (Marque una opción)

18-28

29-39

40-50

51-61

62 o mayor

2. ¿Es usted empleado(a), afiliado(a) o familiar de algún empleado de Capital One Bank, Money Management International, la Cámara de Comercio Hispana (Hispanic Chamber of Commerce) o el Centro de Desarrollo de Louisiana para Pequeños Negocios (LA Small Business Development Center)?

***Nota: Los empleados, afiliados, o familiares de estas organizaciones no califican para participar.***

Sí

No

- ¿Es usted ciudadano(a) o residente legal de Estados Unidos?

Sí

No

- Abrir una cuenta de ahorros con Capital One Bank es un requisito previo. ¿Se opone usted a la apertura de una cuenta de ahorros con Capital One Bank?

Sí

No

- El programa “Hablemos de Negocios” implica un compromiso ocho meses. ¿Se compromete usted a cumplir con el programa de cuatro a siete meses?

Sí

No

**PARTE B. Adjunte lo siguiente al paquete de su solicitud deben ser enviados por correo electrónico a: [Sbdcconsul@lsbdc.org](mailto:Sbdcconsul@lsbdc.org) o por fax a (504) 831-3735.**

1. Presente un plan de negocios **o** una breve descripción del negocio (puede incluir descripción del negocio, estrategia del negocio, tipos de productos/servicios, fortalezas/debilidades, metas futuras y demás información relacionada. **Máximo (2) dos páginas**) - **ANEXO**
2. Presente una copia del permiso del nombre bajo el cual opera comercialmente (DBA, por sus siglas en inglés) - **ANEXO**
3. Presente una copia de la declaración de impuestos, estados financieros, estado de ganancias y pérdidas y balance general de 2014 o más recientes. - **ANEXO**

**PARTE C. Con el fin de conocerlo(a) mejor a usted y a su negocio, conteste las siguientes preguntas sin exceder dos páginas: [adjúntelas a su solicitud]**

- ¿Qué desea obtener de este programa? (Favor de escribir por lo menos 3 deseos)- **ANEXO**
- ¿Por qué deberíamos seleccionar su pequeño negocio en vez de otro? **ANEXO**

## **Cancelación de Participación en el Programa**

**Confirme que usted entiende que, a la entera discreción del administrador del programa, puede que se cancele su participación en el programa y/o usted deje de calificar para recibir contribuciones equivalentes debido a cualquiera de las siguientes razones:**

- Impuntualidad excesiva (3 veces o más)
- Faltar a más de una de las clases programadas
- Faltar a una clase sin comunicarse con el administrador del programa antes del inicio de la clase
- No aceptar o no poder abrir una cuenta nueva de ahorros con Capital One para la fecha que el administrador del programa haya establecido
- Hacer declaraciones falsas sobre sí mismo(a) o sobre el negocio, independientemente del momento en que estas se descubran

Escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_

### **Compromiso**

**El Programa Hablemos de Negocios implica ocho meses. ¿Se compromete usted a cumplir con el programa de cuatro meses?**

Sí

No

### **Certificación**

**Con mi firma certifico que la información que he dado en esta solicitud, tanto en las respuestas a las preguntas como en los anexos, es fiel y exacta.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Nota: Si recibe una llamada para una entrevista, esté preparado(a) para hablar sobre la Parte B #1 y la Parte C.***

**Complete la solicitud y envíela antes de las 5 de la tarde (hora centro) del jueves 28 de mayo de 2015 por correo postal, correo electrónico o fax a:**

**Sharon Moscoso  
Louisiana Small Business Development Center  
3330 N. Causeway Blvd, Suite 422  
Metairie, LA 70002  
[Sbdiconsul@lsbdc.org](mailto:Sbdiconsul@lsbdc.org)  
Fax: 504-831-3735**

**\*Favor de llamar y pedir por Sharon Moscoso si tiene preguntas al 504-831-3730. Si usted no recibe confirmación sobre su aplicación después de 48 horas de entrega\***

**Gracias por su interés y su participación.**