ARKANSAS
A natural for business

Aplicación de Mobilización de Préstamo para Empresas de Minorías

INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

Nombre del Negocio: _____ ID del Impuesto Federal: _____

Dirección del Negocio:_____

Número de Teléfono del Negocio: (____) ____-_____

Fax: (____) _____-_____Correo electrónico: _____

Página Web: _____

Tipo de Negocio: ❑ Corporación ❑ Propietario Individual ❑ Asociación General

❑ LLC ❑ Corporación Sin Fines de Lucro Fecha de Inicio del Negocio: _____

Dueños de la Compañía	Título (Cargo)	Porcentaje de Propiedad	Número de Años con la Compañía
1.			
2.			
3.			
4.			

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Número de Seguro Social:_____

Fecha de Nacimiento: _____ /_____/_____

Dirección Personal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Condado: _____

Número de Teléfono: ( ) _____Número de Teléfono del Trabajo: ( )_____

❑ Hombre ❑ Mujer

Correo Electrónico Personal:_____Lugar de Trabajo: _____

CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD PARA MOBILIZACIÓN DE PRÉSTAMOS

Para determinar si su negocio califica para el Programa de Mobilización de Préstamos para Minorías, usted **DEBE** responder **TODAS** las siguientes preguntas.

1. ¿Está su negocio actualmente certificado con la División de "Small & Minority Business" de la Comisión de Desarrollo Económico de Arkansas? ❑Sí ❑No
   Si su respuesta es Sí, por favor provea el número de Certificación CMBE #
   _____

2. ¿El monto del préstamo que está solicitando está en un mínimo de $10,000 y no es más de $100,000? ❑Sí ❑No

3. ¿Este préstamo le ayudará a su negocio a sostenerse y/o crecer como una empresa de minoría aquí en el estado de Arkansas? ❑Sí ❑No

4. Este préstamo le ayudará a su negocio en lo siguiente:
   ❑ Crear empleos para su negocio ❑ Expansión ❑ Reparaciones
   ❑ Adquisición de Maquinaria y Equipo ❑ Compra de Inventario
   ❑ Capital para Trabajar

5. ¿Estará el negocio buscando obtener un contrato estatal como Proveedor al estado de Arkansas? ❑Sí ❑No

6. ¿El propietario (o los propietarios) de la empresa se han declarado, o están actualmente en bancarrota? ❑ Sí ❑No
   Si la respuesta es Sí, ¿cuál Capítulo y cuándo? _____

7. ¿Cuántos empleados tiene su negocio?
   Tiempo Completo _____ Medio Tiempo _____

8. ¿Cuántos empleos serán creados con el nuevo préstamo? _____

9. ¿Su negocio exporta cualquiera de sus productos? ❑Sí ❑ No

10. Cantidad de Préstamo Solicitada _____

11. ¿Cómo serán utilizados los ingresos del préstamo para ayudar a su negocio?

Nueva Construcción	$ _____
Expansión/Reparación	$ _____
Creación de Empleos	$ _____
Adquisición de Maquinaria y Equipo	$ _____
Compra de Inventario	$ _____
Capital de Trabajo	$ _____

12. ¿Cómo escuchó acerca del Programa de Movilización de Préstamo para la Pequeña Empresa de Minorías?

- ❑ Página web para la Pequeña Empresa y Empresas de Minorías
- ❑ Agencia Estatal (cual) _____
- ❑ Periódico ❑ Banco ❑Referencia ❑Score
- ❑ Taller de Capacitación (cuál y dónde) _____Otror_____

Yo entiendo que al firmar este Préstamo, yo autorizo a AEDC y/o a su institución financiera asociada a investigar y verificar toda la información aquí presentada. Yo autorizo a AEDC y/o a su institución financiera asociada a realizar una verificación de crédito, ahora o en el futuro, incluyendo obtener informes de crédito de consumo y/o comerciales e intercambiar información acerca de mi experiencia de crédito con otros acreedores, de vez en cuando, según lo autorizado por la ley. Yo también entiendo que la información provista en esta forma o en mi informe de crédito puede ser utilizada por AEDC y/o su institución financiera asociada para aprobar o declinar mi solicitud de crédito y que puedo necesitar proveer otra información además de esta aplicación. La entrega en cualquier manera de toda la información por AEDC es aquí autoriza-da ya sea que esa información sea de récord o no, y aquí proveo todas las personas, agen-cias, compañías, etc.

Arkansas Economic Development Commission
Small & Minority Business Division
900 West Capitol Avenue, Suite 400
Little Rock, AR 72201
Phone: (501) 682-5060
Fax: (501) 682-7394

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CERTIFICADO DEL NOTARIO

ESTADO DE ARKANSAS SS:_____

CONDADO DE: _____

Suscrito y jurado ante mi este día _____ de_____, 20_____

Nombre del Notario Público: _____

Condado de residencia: _____

Fecha en que la comisión expira: _____

NOTA: Material o declaración falsa u omisión hecha en relación con esta verificación es motivo suficiente de negación de la certificación, revocación de una aprobación previa, y la persona y/o entidad que realiza la declaración alsa puede ser sometida a todas las sanciones civiles y penales disponibles en conformidad con las leyes estatales que apliquen.