



# U.S. Small Business Administration Solicitud de Asesoramiento

1. Nombres y Apellido		2. Número(s) telefónico(s) Casa _____ Trabajo _____ Fax _____			
3. Dirección electrónica		4. Dirección		5. Ciudad	6. País
7. Estado (Provincia)		8. Código Postal			
9. Raza (marque una o más) a. Nacido en Estados Unidos o en Alaska <input type="checkbox"/> b. Asiática <input type="checkbox"/> c. Negra o Africana <input type="checkbox"/> d. Nacido en Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> e. Blanca <input type="checkbox"/>	10. Origen étnico a. Hispano <input type="checkbox"/> b. No-hispano <input type="checkbox"/> 11. Sexo del o los propietarios del negocio a. Masculino <input type="checkbox"/> b. Femenino <input type="checkbox"/> c. Ambos (un hombre y una mujer) <input type="checkbox"/>	12. Durante los últimos dos años usted ha recibido: a. Ayuda a familias con niños dependientes (AFDC) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b. Ayuda temporaria a familias necesitadas (TANF) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13. Servicio militar a. Veterano <input type="checkbox"/> b. Incapacitado por lesiones sufridas durante el servicio militar/Veterano <input type="checkbox"/> c. Veterano incapacitado <input type="checkbox"/> d. No prestó servicio militar <input type="checkbox"/>		
14. ¿Cómo supo de nosotros? a. Alguien me habló de ustedes <input type="checkbox"/> d. Cámara de Comercio <input type="checkbox"/> g. Televisión <input type="checkbox"/> j. SBA <input type="checkbox"/> b. El Banco <input type="checkbox"/> e. Internet <input type="checkbox"/> h. Revista <input type="checkbox"/> c. Periódicos (Diarios) <input type="checkbox"/> f. Radio <input type="checkbox"/> i. Otra _____					
15. Describa la clase de asesoramiento que esta solicitando.					
16. ¿En la actualidad tiene un negocio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Si la repuesta es negativa pase a la línea 20).    ¿El negocio esta basado en su hogar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
17. Clase de negocio					
18. Nombre de la compañía				19. ¿Cuanto tiempo hace que tiene el negocio?	
20. Indique la fecha y hora en que prefiere tener la entrevista: Fecha: _____ Hora: _____					
<p>Por el presente solicito asesoramiento gerencial de la Resource Partner de la Small Business Administration. De ser aceptado me comprometo a participar en las encuestas designadas a evaluar los servicios de asistencia de la SBA. Autorizo a la SBA a brindar toda la información necesaria al o los Asesores en Administración encargados de mi programa. Tengo presente que dicha información será mantenida en estricta confidencia por dichas personas.</p> <p>También he sido informado que los asesores no van a: (1) recomendar bienes o servicios de fuentes en los cuales tengan intereses. (2) recibir gratificaciones o comisiones como resultado de esta asesoría. En consideración de la asesoría brindada por el Asesor, me eximo de cualquier reclamo que pueda hacerse en relación a este asesoramiento al personal de la SBA, a SCORE, y a las instituciones conectadas con dicha institución, y a otros Asesores de Recursos de la SBA.</p> <p>Importante: El tiempo estimado para responder a este cuestionario se ha estimado en 15 minutos por respuesta. A usted no se le solicitará que responda a este cuestionario si éste no cuenta con un número de aprobación provisto por la OMB. Si usted tiene preguntas o comentarios relacionados con el tiempo estimado para responder a las preguntas o cualquier otro aspecto de esta información, por favor póngase en contacto con: Chief, AIB, 409 Third St., SW, Washington, D.C. 20416 y/o Desk Officer for the Small Business Administration, Office of Management and Budget, New Executive Office Building, Room 10202, Washington, D.C. 20503. OMB Approval (3245-0091) POR FAVOR NO ENVIE LAS FORMAS A OMB</p>					
Firma:				Fecha:	

