



**Please return completed application to:**  
**Microenterprise Assistance Program**  
**PO BOX 75**  
**Retsof, NY 14539**  
**Phone: 585-226-1623**  
**Toll-Free: 888-379-0371**  
**Fax: 585-243-9452**

**APLICACION DEL PROGRAMA MAP**

Apellido		Nombre		Inicial	Fecha de Nacimiento
Dirección Postal		Ciudad	Estado	Codigo de	
Dirección Residencial(deje en blanco sis es la misma)		Ciudad	Estado	Codigo de	
Teléfono Residencial	Teléfono Diurno	Número de Fax		Estatus Militar	
( )	( )	( )		<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No-Veterano <input type="checkbox"/> Servicio-activo <input type="checkbox"/> Incapacitado	
Correo Electrónico					

**Información Familiar**

¿Has pagado impuestos como jefe de familia? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tienes algún impedimento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Please check box if you: Has recibido TANF en los últimos 2 años <input type="checkbox"/> Actualmente recibes TANFT <input type="checkbox"/> Fecha de comienzo ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha de terminación ____/____/____ <input type="checkbox"/> E.S.R Name _____	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado/a (esposa/o presente) <input type="checkbox"/> (Casado/a (esposa/o no presente) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Conviviendo <input type="checkbox"/> Viudo/a
Edad de los dependientes 0-5 Años _____ 6-12 Años _____ 13-18 Años _____ 19+ Años _____ Total de integrantes _____		

**Educación**

<input type="checkbox"/> Menos de Esc. Sup.	<input type="checkbox"/> Bachillerato
<input type="checkbox"/> Esc. Sup./GED	<input type="checkbox"/> Programa Graduado
<input type="checkbox"/> Algún Colegio	<input type="checkbox"/> Esc. Vocacional
<input type="checkbox"/> Grado Asociado	<input type="checkbox"/> Otros _____

<b>Ingreso Bruto Mensual</b> \$ _____	<b>Deducciones del Ingreso Bruto Anual (Personal)</b>	
<b>Ingreso Bruto Mensual Familiar</b> \$ _____	Salary/Wages: _____	TANF/CalWorks: _____
<b>Ingreso Bruto Anual durante el último año</b> \$ _____	Self Emp Income: _____	Food Stamps: _____
¿Cuanto has ahorrado durante el último año? \$ _____	UnEmp Benefits: _____	GR/GA: _____
	Spousal Support: _____	SSI/SSR: _____
	Child Support: _____	Housing Assist.: _____
	Workman's Comp: _____	Disability: _____

**Información del Empleo**

Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Desempleado más de seis meses
Trabajo por su cuenta <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado menos de seis meses
Ingreso por hora \$ _____ Ingreso por semana \$ _____

**Información de negocio**

¿Actualmente tienes negocio propio? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Fecha de comienzo: ____/____/____
Fecha que empezaron los ingresos: ____/____/____
El negocio esta operando, lo hizo en el pasado <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Cuanto tiempo hace que tienes el negocio _____

La información que ha declarado es confidencial y no será divulgada sin autorización.  
La información sera utilizada para propositos del Programa MAP

Firma	Fecha
-------	-------

## INFORMACIÓN DEL EMPLEO

Describe de la posición principal más reciente; adjunta páginas adicionales de ser necesario.

Empleador (Nombre, Dirección, Número de teléfono):

Posición que ocupa:  
Supervisor / Contacto:  
Responsabilidades:

Período de tiempo:

Empleador (Nombre, Dirección, Número de teléfono):

Posición que ocupa:  
Supervisor / Contacto:  
Responsabilidades:

Período de tiempo:

Empleador (Nombre, Dirección, Número de teléfono):

Posición que ocupa:  
Supervisor / Contacto:  
Responsabilidades:

Período de tiempo:

Empleador (Nombre, Dirección, Número de teléfono):

Posición que ocupa:  
Supervisor / Contacto:  
Responsabilidades:

Período de tiempo:

## HISTORIAL PERSONAL

*Esta sección es diseñada para dar al aplicante una oportunidad de proveer y dar a conocer la personalidad de el / ella, antecedentes y actitudes rumbo a ser empresario. La aplicación esta diseñada para que el participante pueda proveer toda la información necesaria para la evaluación del personal del programa en la toma de decisiones. Paginas adicionales pueden ser adjuntadas de ser necesario.*

1. ¿Que lo/la motivo a ingresar al programa? Historial personal y razones para aplicar al programa de Asistencia a Micro-empresas.
2. ¿Que tipo de negocio le interesa? (Negocio / intereses relacionados):
3. ¿Cuales son sus cualidades y actitudes personales que resalten y sean útil en el negocio?:
4. ¿Cuales son sus debilidades y en que áreas necesita fortalecer?:



## DESTREZAS EVALUACIÓN PERSONAL

Señala tus destrezas y aptitudes en las siguientes áreas circulando Pobre, Mediano y Alto.

	<b>Pobre</b>	<b>Mediano</b>	<b>Alto</b>
Destrezas de escritura del lenguaje ingles	P	M	A
Presentar y hablar en público	P	M	A
Matemática básica	P	M	A
Matemática avanzada	P	M	A
Destrezas en computadoras	P	M	A
Relaciones sociales	P	M	A
Gerencia /Supervisión	P	M	A

Tenga la bondad de leer cuidadosamente las siguientes certificaciones y de firmar abajo. Todos los dueños, oficiales o socios de la compañía deben firmar abajo. Si tiene preguntas, llame al Rural Opportunities Enterprise Center, Inc. al (585) 340-3385.

1. Yo certifico que esta compañía no deniega servicios, empleo o condición de socio a las personas por razones de preferencia política, raza, religión, edad, género, incapacidad o estado marital.
2. Por este medio yo certifico y afirmo con mi firma abajo que la información ofrecida como parte de esta solicitud está completa y al corriente según mi mejor entendimiento.
  3. Yo certifico que ninguno de los principales dueños de al menos 50% del interés votante de la compañía es delincuente por más de 60 días bajo los términos de cualquier (a) orden administrativa, (b) orden de la corte o (c) acuerdo de reintegro que requiere el pago de sostenimiento y cuidado de un menor.
4. Yo certifico que la titularidad de la compañía es al menos 51% por ciudadanos de E.U. o personas admitidas a los E.U. para residencia permanente.
5. Yo certifico que ni Rural Opportunities, Inc. (ROI), Rural Opportunities Enterprise Center, Inc. (ROECI), ni cualquiera de sus oficiales principales (incluyendo miembros de la familia inmediata) tiene algún interés o legal o financiero en al interés o influencia en el Prestatario, ni el Prestatario ni cualquiera de sus oficiales principales (incluyendo miembros de la familia inmediata) tiene algún interés legal o financiero en ROI o en ROECI.

### 6. Renuncia de responsabilidad por asistencia técnica

ROECI podría ofrecerle asistencia técnica, directa o indirectamente a usted basado en la información que usted provea, relacionada con sistemas de administración, controles internos, planes de mercadeo, planes de negocio, proyecciones financieras y compilaciones. Tal asistencia y todas las declaraciones hechas en conexión a ésta son para su uso interno solamente, y no son para ser usadas o comunicadas a terceras partes sin el consentimiento expreso por escrito de ROECI.

ROECI no es responsable de manera alguna por el uso que usted haga de esta información, y no ofrece garantías y representaciones en conexión con ésta excepto como sea otorgada expresamente por escrito.

Usted acuerda indemnizar y librar de responsabilidad a ROECI/ROI en conexión con el uso y uso ilícito de tal información, documentos, representaciones o escritos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

“La siguiente información es requerida por el Gobierno Federal para monitorear el cumplimiento con las leyes federales que prohíbe la discriminación contra solicitantes que buscan la participación en este programa. A usted no se le requiere que provea esta información, pero le alentamos para que lo haga. Esta información no se usará para evaluar su solicitud o para discriminar contra usted de modo alguno. Sin embargo, si usted elige no ofrecerla, a nosotros se nos requiere que anotemos la raza/origen étnico de los solicitantes individuales basados en la observación visual o apellido.”

**Origen étnico:**

Hispano o Latino \_\_\_

No Hispano o Latino \_\_\_

**Raza:** (Marque una o más)

Blanca \_\_\_ Negra o Africana Americana \_\_\_

India Americana /Nativa de Alaska \_\_\_ Asiática \_\_\_

Nativa de Hawai u Otras Islas del Pacífico \_\_\_

**Género:** Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_

*ROECI es un proveedor de igualdad de oportunidades. Las quejas de discriminación deben ser enviadas a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Washington, D.C. 20250-9410.*

**Tenga la bondad de devolver la solicitud llena a:**

**MAP**

**PO Box 75**

**Retsof, NY 14539**

**Daisy Rivera Algarin**

**Phone: 585-428-7711**

**Fax: 585-243-9452**

**Email: [Daisy.Algarin@CityofRochester.Gov](mailto:Daisy.Algarin@CityofRochester.Gov)**