A picture containing text

Description automatically generated

|  |
| --- |
| Fecha de Entrega: |

**SUBVENCION DE LA LEY CARES PARA PEQUENOS NEGOCIOS Y ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO DEL CONDADO DE GRANT**

La información proporcionada le permite al Departamento de Comercio evaluar su solicitud de subvención. Este contrato debe ser llenado completamente para ser considerado para la subvencion de la ley CARES. Esta es una subvencion es reembolsable que sera proporcionado despues de la documentacion apropiada y la entrega de gastos acumulados verificados.

**\*\*\*Los requisitos para esta subvencion reembolsable son los siguietes:\*\*\***

1. Ser un negocio con **20 o menos empleados de tiempo completo**;
2. El negocio tiene que estar situado en el condado de Grant, Washington;
3. El negocio tiene que haber operado por mas de **seis meses**;
4. El negocio debe tener un numero de identificacion empresarial unificado (numero UBI) **valido**;
5. El negocio debe completar un formulario de solicitud y ha entrado en el acuerdo con EDC del condado de Grant.
6. La cantidad total de fondos de subvencion disponibles a cualquier negocio no deberan exeder **$10,000**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Negocio:**  **Ubicación****:** | | | **Año en que se estableció el negocio:** | | | **¿Ha estado operando el negocio por al menos 6 meses?**   * Si  No | | **Numero de UBI:** | |
| **CEO/Presidente**  **Nombre:**  **Correo Electrónico:**  **Teléfono:** | | | | | | | | |
| **Sector industrial:** |  Tienda (al por menor)  Restaurante/negocio de comida  Hospitalidad  Fabricación  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **¿Su negocio ha sido afectado por las protecciones de salud pública de emergencia y / o el cierre obligatorio por orden ejecutiva debido a COVID-19?** | | | |  | Si  No | |  |  | |
| **Cantidad de dinero de subvención de emergencia que esta solicitando: $ \_\_\_\_\_\_\_** | | Hasta $10,000 | |  |  | |  |  | |
| **SOBRE LA EMPRESA** | | | | | | | | | |
| **Número total de empleados a partir de****l 01/01/2020:** | | | | | **Número de trabajadores despedidos**  **debido al COVID-19:** | | | | |
| Si hay un solo empleado, ¿es este propietario unico?:Si  No | | | | | | | | | |
| **Descripción del Negocio:** | | | | | | | | | |
| Describa la empresa y sus productos/servicios. | | | | | | | | | |
| **Impacto Económico:** | | | | | | | | | |
| Describa el efecto de la crisis de salud pública en su negocio y cómo los fondos pueden ayudarlo. ¿Porqué la financiación es crítica para este negocio? | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Cuándo comenzó el impacto? Fecha de inicio: / /  Estimado de perdidas en los ingresos de 3/2020-10/2020 comparado con el año pasado, por favor de detalles | | |
| **Probabilidad de cerrar permanentemente el negocio** | |  Alta  Medio  Baja  El negocio se encuentra cerrado debido a la directiva del gobernador |
| Número de empleos potencialmente perdidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Esta subvención ayudará a retener empleos? Si es así, ¿cuántos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Ha recibido la compañía algún financiamiento estatal, federal u otro? En caso afirmativo, por favor proporcione detalles. | | |
| **EXPLICACIÓN DEL USO DE FONDOS** | | |
| Explique cómo se utilizarán los fondos para ayudar al negocio. Esta información puede ayudar al condado de Grant a garantizar que los gastos propuestos sean elegibles para reembolso. Las solicitudes sin una lista de gastos propuestos se considerarán incompletas.  **Gastos permitidos:** *la financiación se puede utilizar para gastos de salud medica o publica relacionados al COVID-19, gastos de nomina de sueldos para empleados que estan substancialmente dedicados a mitigar o responder a la emergencia de salud publica del COVID-19, gastos para facilitar el cumplimiento con las medidas de salud publica del COVID-19, gastos asociados con la provision de apoyo economico necesario para responder al COVID-19.*  **Gastos no permitidos:** *Gastos para la participacion estatal de Medicaid, daños cubiertos por seguro, nomina de sueldos o beneficios a empleados de quienes tareas diarias no esten substancialmente dedicadas a responder al COVID-19, gastos que han sido o seran reembolsados bajo cualquier programa federal tal como contribuciones de la ley CARES de estado a fondos de desempleo estatal, reembolso a donadores por articulos o servicios donados, bonos al personal aparte de pago por condiciones riesgosas o tiempo extra, indemnizacion por despido, y resoluciones juridicas.* | | |
| **INFORMACION DE EMPLEO** | | |
| Nomina de Salario Anual Promedio: |  | |
| Salario Anual Promedio Para Un Individuo: |  | |
| ¿Beneficios pagados?: | * Si  No | |
| ¿El solicitante está al corriente con su cuenta de LNI? | * Si  No  Not Sure   Puede buscar su negocio en línea para saberlo <https://secure.lni.wa.gov/verify/> | |
| ¿Qué medidas ya está tomando o tratando de tomar para apoyar a los empleados durante la pandemia? |  | |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** | | |
| Actualmente, ¿enfrenta la empresa algún litigio pendiente o acción legal?  ¿Ha tenido la empresa problemas de cumplimiento / normativos estatales dentro de Washington u otro estado en el que haya hecho negocios? | | |

FIRME: “Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que lo precedente es verdadero y correcto”: