



U.S. Small Business Administration

Formato de Información de Consejería

OMB Aprobado No.:3245-0324
Fecha de expiración: 11/30/2010

Número de cliente:
Código de ubicación:
Iniciales del que ingresa los datos:

1. Nombre de la oficina que provee el servicio Business Impact NW 1a. Tipo de cliente: ☐ cara a cara ☐ Online ☐ Teléfono
2. Ciudad/Estado de ubicación de la oficina _____

PART I: SOLICITUD DE ASESORAMIENTO

3. Nombre del cliente (de la persona que completa el formato / representante del negocio) (Apellido, Nombre, Segundo nombre)		4. Email	
5. Teléfono: Primario: _____ Secundario: _____		6. Fax	
7. Dirección /PO Box (del negocio si está actualmente en negocios)		8. Ciudad	9. Estado 10. Código Postal +4
11. Yo solicito el servicio de asesoría en negocio de la Administración de pequeños negocios o de uno de sus asociados. Estoy de acuerdo en cooperar si fuera seleccionado para participar en encuestas diseñadas para evaluar los servicios de la Administración de pequeños negocios. Yo permito a la Administración de pequeños negocios o a sus agentes, enviar correspondencia relacionada a sus productos o servicios, a mi nombre y dirección en relación a las encuestas e información de la administración de pequeños negocios. (Si ☐ No ☐). Yo entiendo que cualquier información revelada será manejada en estricta confidencialidad. (La U.S. Small Business Administration no proveerá su información personal a entidades comerciales). Yo autorizo la SBA a revelar importante información al consejero que me sea asignado. Yo entiendo que los consejeros están en acuerdo en no: 1) Recomendar bienes o servicios de fuentes en los cuales el o ella puedan estar interesados 2) Aceptar pagos o comisiones derivados de la relación de consejería. En consideración de que los consejeros suministran asistencia técnica, yo renuncio a cualquier demanda en contra de la Small Business Administration, SBA, por sus siglas en inglés, Small Business Administration, sus asociados y organizaciones anfitrionas derivadas de esta asistencia. Por favor note: El tiempo estimado para completar este formato es 18 minutos. Usted no está obligado a brindar alguna información a menos que la misma muestre un número de aprobación OMB válido. Comentarios sobre estos aspectos podrán ser enviados a: U.S. Small Business Administration, 409 3 rd Street, SW, Washington, DC 20416, y a: Desk Officer SBA, Office of _____			
12. Día y hora preferida para la cita Día:: _____ Hora: _____		13. Firma del cliente Día: _____	

PART II: INFORMACIÓN DEL CLIENTE (a ser completado por todos los clientes)

14. Raza (marque una o mas) ☐ Nativo Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacifico ☐ Blanco		15. Etnicidad ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino	16. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	17. Se considera usted una persona con alguna discapacidad? ☐ Yes ☐ No
18. Servicio militar ☐ No-Veterano ☐ Veterano ☐ Veterano discapacitado		18a. Estatus Militar ☐ Miembro de la reserva o guardia nacional ☐ En actividad		
19. ¿Que lo llevó a contactarnos? (marque todas las que apliquen) ☐ Distrito SBA ☐ Sitio web de SBA ☐ Otro cliente ☐ Cámara de Comercio ☐ Banco ☐ Revista ☐ Institución educativa ☐ Dueño de negocio ☐ Internet ☐ Oficina local de desarrollo económico ☐ Television/Radio ☐ Periódico ☐ Alguien me habló de ustedes ☐ Otra (especifique) _____				
20. ¿Está usted actualmente en negocios? ☐ Si ☐ No (Si es no siga a la 30)		21. Nombre del negocio		
22. Tipos de negocios (seleccione la categoría primaria) ☐ Mina ☐ Manufactura ☐ Bienes Raíces, Renta & Leasing ☐ Profesional, Científica & Servicios Técnicos ☐ Servicio público ☐ Finanzas & Seguros ☐ Salud & Asistencia Social ☐ Administración de negocios ☐ Información ☐ Compras / Ventas ☐ Hotelería y servicios de comida ☐ Agricultura, Forestal, Pesca y Caza ☐ Construcción ☐ Administración Pública ☐ Arte, Entretenimiento & Recreación ☐ Apoyo Administrativo ☐ Ventas al por menor ☐ Servicios Educativos ☐ Transporte ☐ Administración de desperdicios ☐ Otros Servicios(exceptuando Administración Pública)				
23. ¿Propiedad del negocio: Qué porcentaje de su negocio es propiedad masculina o femenina? _____% Male _____% Female		24. Mes y año que empezó el negocio:	25. Usted conduce el negocio online? ☐ Sí ☐ No	26. ¿Es un negocio basado en su hogar? ☐ Sí ☐ No 26a. ¿Está usted certificado 8(a)? ☐ Sí ☐ No
27. Número total de empleados (a tiempo completo y tiempo parcial)	28. Para el año completo más reciente del negocio, cuáles fueron sus: Ingresos brutos/Ventas \$ _____ +Beneficios/-Perdidas \$ _____		29. ¿Cual es la estructura legal de su negocio? ☐ Propiedad única ☐ Corporación ☐ LLC ☐ S-Corporation ☐ Sociedad ☐ Otra (especifique) _____	
30. ¿Cual es la naturaleza de la asesoría que usted esta buscando? (Seleccione una categoría primaria) ☐ ¿Asistencia para comenzar (¿Cómo puedo comenzar un negocio?) ☐ Plan de negocio ☐ Financiamiento/Capital (cómo aplicar a un préstamo, manejo de capital propio) ☐ Administrando un negocio ☐ Recursos Humanos/ Administración de los empleados ☐ Relación con clientes ☐ Contabilidad/ Presupuestos ☐ Administración del flujo de caja ☐ Planeación de impuestos ☐ Mercadeo/Ventas (promoción, investigación de mercados, precios, etc. ☐ Contratos con el gobierno (incluyendo certificaciones) ☐ Concesión ☐ Comprar/Vender una empresa ☐ Technology/Computers ☐ eComercio (usando internet para hacer para hacer negocios) ☐ Problemas legales (como registro un negocio?) ☐ Comercio internacional				
Describa la asistencia específica que requiere en el espacio que se provee: _____ _____				