



**AYUDA FINANCIERA PARA QUIENES RENTARAN UN ESPACIO COMERCIAL POR PRIMERA VEZ**

**Descripción:** El objetivo de la ayuda financiera es una donación para graduadas de ALAS quienes rentaran espacio comercial por primera vez para su negocio. La donación podrá ser hasta \$9,000 para ser utilizada para arriendo de los primeros tres meses, ultimo mes y el deposito (todo incluido) para un espacio comercial.

**Requerimientos:** 1) graduada de ALAS, 2) residente de San Francisco y 3) ser arrendataria de un espacio comercial por primera vez en San Francisco.

**Proceso de aplicación:** Todas aquellas interesadas deben entregar una aplicación completa, un plan de negocio (con flujo de efectivo) y currículum antes del ultimo viernes de cada mes para ser considerada ante el comité de prestamos para el mes siguiente. Por favor mandar o dejar aplicaciones a la dirección de abajo:

Women's Initiative/ALAS  
1398 Valencia Street  
San Francisco, CA 94110

**Fondos para este programa están sujetos a fondos recibidos de la ciudad de San Francisco.**

**\*\*Por favor conteste toda la aplicación, aplicaciones incompletas no serán procesadas.**

**POR FAVOR LEER Y FIRMAR:**

*He leído y entendido los requerimientos del programa y aplicación. Cumpló con todos los requerimientos. Todo dicho en la aplicación esta completo y correcto que yo sepa. Yo entiendo que usted retendrá esta aplicación aun cuando no haya sido aprobada. Entiendo que no hay garantía que yo sea aprobada para esta ayuda financiera cuando aplique formalmente.*

Nombre de Aplicante: \_\_\_\_\_

Firma de Aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  personal  trabajo  de su negocio  
Website: \_\_\_\_\_  personal  trabajo  de su negocio  
Teléfono del hogar: \_\_\_/\_\_\_\_ mejor hora para llamar? \_\_\_\_\_  
Teléfono de empleo: \_\_\_/\_\_\_\_ mejor hora para llamar? \_\_\_\_\_  
Otros números que le gustaría compartir con nosotros (especifique: Celular, Mensaje que Voz, Fax, etc.)

Dirección de su propio negocio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Tamaño de su hogar** (incluyéndose usted):

Sólo incluya los adultos con los cuáles comparte ingresos y los niños que viven en el hogar (no inquilinos).

Número de adultos  
Incluyéndose usted

Número de niños  
menores de 18 años

Relación o parentesco con los otros  
adultos que están viviendo con usted

Fechas de nacimiento de niños menores  
de 18 años viviendo en su hogar

**Relación con Women's Initiative/ALAS:**

1. ¿Es socia de AVANCE?

No  Si

2. ¿Ha recibido un préstamo de ALAS? Monto \$ \_\_\_\_\_

3. ¿Ha participado o esta actualmente participando en el programa de IDA (Cuentas Individuales de Ahorro)?

No  Si

**Escriba un breve resumen de por que esta interesada en esta ayuda financiera/donación:**

---

---

---

**Por favor anote 3 referencias (por lo menos 1 profesional)**

Nombre	Teléfono/Dirección de correo electrónico	Relación con usted

**¿Cuál es el ingreso anual de su hogar, ANTES DE PAGAR IMPUESTOS?**

- Un hogar es un grupo de personas que viven juntos y comparten ingresos.
- Ingreso del hogar es la cantidad de ingreso que producen **TODOS** los miembros de su hogar.
- Inquilinos/familiares con quienes **NO** se comparte los ingresos **NO** deben ser incluidos.
- Recuerde que si trabaja por su cuenta o tiene un negocio, su ingreso total es el resultado de sus ganancias menos los gastos de su negocio.

FUENTES DE INGRESO		A	B	C
		LO QUE GANA USTED	LO QUE GANAN LOS OTROS	TOTAL:
		Ingresos Mensuales (BRUTO)	Ingresos Mensuales (BRUTO)	Total de los ingresos
1.	Sueldo/Salario de Trabajo	\$	\$	\$
2.	Ingreso de negocio propio / trabajo por cuenta propia	\$	\$	\$
3.	Manutención de niños (child support)	\$	\$	\$
4.	Beneficios por Desempleo	\$	\$	\$
5.	Beneficios por accidentes en el empleo (Worker's compensation)	\$	\$	\$
6.	TANF	\$	\$	\$
7.	Asistencia General (GA)	\$	\$	\$
8.	Beneficios de Seguro Social	\$	\$	\$
9.	Incapacidad / Disability (SSDI, SSA, SDI)	\$	\$	\$
10.	Ingreso Suplementario (SSI)	\$	\$	\$
11.	Estampillas de comida	\$	\$	\$
12.	Otros: pensión, inversiones, herencias, asistencia educativa, etc.	\$	\$	\$
	<b>Ingreso total:</b>	\$	\$	\$

**¿Cuál es el valor actual de los bienes y deudas que tiene usted y las demás personas que viven en su hogar?**

- Si usted u otro miembro de la casa posee más que un bien dentro de cualquier categoría (2 coches, por ejemplo) sume el valor de los bienes y reporte el monto total que posee.
- Por favor, sume todas las deudas en cada categoría y reporte el monto total.

<b>BIENES DEL Hogar ¿Qué posee su familia?</b>				<b>DEUDAS DE LA CASA ¿Qué debe su familia?</b>		
Usted o alguien en su casa es dueño de:			Cual es el valor actual del recurso(s)	Usted o alguien en su casa debe para un:		
Casa, condominio, o casa móvil.	Si	No	\$	Hipoteca para una casa, condominio o casa móvil.	Si	No \$
Otro bien raiz (tierra, edificios etc.) (Especifique)	Si	No	\$	Hipoteca	Si	No \$
Coches o Camiones	Si	No	\$	Préstamo(s) de Coche	Si	No \$
Cuenta de ahorros	Si	No	\$	Tarjeta(s) de Crédito	Si	No \$
Cuenta bancaria	Si	No	\$	Beca(s)	Si	No \$
Fondo de Jubilación	Si	No	\$	Préstamo(s) personales de familia o amigos	Si	No
Acciones o Bonos	Si	No	\$	Otras deudas (Especifique)	Si	No \$

Otros recursos (Especifique)	Si	No	\$	
BIENES DEL HOGAR: MONTO TOTAL			\$	DEUDAS DEL HOGAR: MONTO TOTAL \$

### INFORMACION DE NEGOCIO O IDEA DE NEGOCIO

1. ¿Esta actualmente operando su negocio?

- No       Si

2. ¿Si, si, entonces cuando empezó su negocio? (mes/año) \_\_\_\_\_

Si, no, entonces por favor ir directamente a la pagina 7

3. ¿Esta su negocio actualmente teniendo ventas constantes?

- No       Si

Si, si, cuando empezaron sus ventas? (mes/año) \_\_\_\_\_

4. ¿Cuales son sus ventas mensuales? \$ \_\_\_\_\_

5. Por favor describa su negocio:

Nombre o idea de negocio: \_\_\_\_\_

Producto o servicio del negocio: \_\_\_\_\_

6. ¿Dónde opera su negocio? Marque todos los que apliquen.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desde varios lugares (mercados, ferias artesanales, puesto en la calle o ventas móviles) | <input type="checkbox"/> Desde una tienda o espacio de ventas propio |
| <input type="checkbox"/> De su casa o departamento  | <input type="checkbox"/> Desde un incubador de negocio               |
| <input type="checkbox"/> Desde una oficina/tienda/estudio arrendado   | <input type="checkbox"/> Otro _____                                  |

7. ¿Esta actualmente pagando para un espacio de operación?

- No       Si

8. Si, si, entonces por favor especifique lo siguiente:

Tipo de espacio: \_\_\_\_\_  
 Ubicación: \_\_\_\_\_  
 Tamaño: \_\_\_\_\_  
 Costo mensual: \$ \_\_\_\_\_

9. ¿Actualmente hay alguien quien trabaje para usted, o con usted? ¿(pagado o no pagado)?

No       Si

10. Si, si, por favor especifique:

Tipo de trabajador: \_\_\_\_\_

Numero de trabajadores: \_\_\_\_\_

Salario mensual (cada uno): \$ \_\_\_\_\_

11. Por favor indique los siguientes aspectos del espacio comercial que estará usando con esta ayuda financiera/donación:

Tipo de espacio: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Tamaño: \_\_\_\_\_

Deposito de seguridad: \$ \_\_\_\_\_

Costo mensual: \$ \_\_\_\_\_

### BIENES Y DEUDAS DE SU NEGOCIO

**¿Que actualmente tiene y que actualmente debe su negocio?**

No cuenta doble sus bienes y deudas. Por ejemplo, no indique el mismo vehiculo como un bien personal y un bien de negocio, los mas probable es que sea un bien personal que usa medio tiempo para su negocio.

BIENES Y DEUDAS DE SU NEGOCIO					
Lo que tiene su negocio (bienes del negocio)			Lo que debe su negocio (deudas del negocio)		
Su negocio tiene :		¿Cual es el valor actual?	Su negocio debe:		¿Cual es el valor actual de lo debido?
Edificio o territorio	Si    No	\$	Hipoteca	Si    No	\$
Autos o camionetas	Si    No	\$	Prestamos de vehiculo	Si    No	\$
Equipo o materiales, incluyendo inventario	Si    No	\$	Tarjeta de créditos	Si    No	\$
Cuentas de Ahorro de negocio	Si    No	\$	Prestamos de negocio	Si    No	\$

Cuenta corriente de negocio	Si	No	\$	Deuda hacia proveedor	Si	No	\$
Otras cuentas financieras	Si	No	\$	Otras deudas: Indique	Si	No	\$
Bonos o acciones	Si	No	\$				
Otros bienes Indique:	Si	No	\$				
TOTAL DE BIENES			\$	TOTAL DE DEUDA			\$

### INFORMACION DE IDEA DE NEGOCIO

1. ¿Cuándo planea empezar su negocio? (mes/año) \_\_\_\_\_

2. Por favor describa su idea de negocio:

Nombre o idea de negocio: \_\_\_\_\_

Producto o servicio del negocio: \_\_\_\_\_

3. ¿Dónde planea operar su negocio? Marque todos los que apliquen.

Desde varios lugares (mercados, ferias artesanales, puesto en la calle o ventas móviles)

De su casa o departamento

Desde una oficina/tienda/estudio arrendado

Desde una tienda o espacio de ventas propio

Desde un incubador de negocio

Otro \_\_\_\_\_

4. Por favor indique los siguientes aspectos del espacio comercial que estará usando con esta ayuda financiera/donación:

Tipo de espacio: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Tamaño: \_\_\_\_\_

Deposito de seguridad: \$ \_\_\_\_\_

Costo mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Para mas información por favor contactar a:**

**Elvira Solanes**

**415-641-3463**

**[esolanes@womensinitiative.org](mailto:esolanes@womensinitiative.org)**

## Asociada de Servicios Financieros