

Las celdas con diseño representan preguntas que debe completar MicroTest

SOLICITUD DEL CLIENTE

Doc de ingresos:

Formulario 1040

Otro _____

No. de ID del cliente _____

Nivel de ingresos _____

Fecha actual: _____

Fecha de solicitud: ____/____/____

Información del contacto

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento	
Dirección postal		Ciudad		Estado		Código postal	
						¿Vive dentro de los límites de la ciudad?	
						<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Dirección de la residencia		Ciudad		Estado		Código postal	
Número de teléfono		Número de teléfono en horas hábiles		Número de fax		Condición militar	
()		()		()		<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano <input type="checkbox"/> Con discapacidad a causa del servicio	
Género		Número de seguro social		Dirección de correo electrónico			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		-- --					

Escriba los nombres de dos personas que lo conozcan y que puedan transmitir un mensaje desde [NOMBRE DEL PROGRAMA] en caso de que se mude.

Nombre: _____	Número de teléfono () _____	Parentesco: _____
Nombre: _____	Número de teléfono () _____	Parentesco: _____

Información familiar

¿Presenta sus impuestos como representante de la familia? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Estado civil:	
Edades 0-5 _____		Marque la casilla si:		<input type="checkbox"/> Casado SP (esposa presente)	
Edades 6-12 _____		¿Ha recibido TANF (Asist. Temp. a Fam. Nec.) en el último año? <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Casado SNP (esposa no presente)	
Edades 13-18 _____		¿Ha recibido TANF en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Divorciado	
Edades 19+ _____		¿Está recibiendo asistencia TANF actualmente? <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nunca casado	
No. total de personas en la familia _____		Fecha de inicio ____/____/____		<input type="checkbox"/> Soltero viviendo con su pareja	
		Fecha de finalización ____/____/____		<input type="checkbox"/> Viudo	
		Nombre de ESR _____			

Educación		Origen étnico			
<input type="checkbox"/> Menos de HS (edu. superior)	<input type="checkbox"/> College BA/BS (e. univ licenciatura)	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco		
<input type="checkbox"/> HS/GED (edu. superior)	<input type="checkbox"/> Postgrado universitario	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del pacífico		
<input type="checkbox"/> Asistió al College (est. univ. a nivel técnico)	<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> College AA/AS (grad. de est. univ. a niv. técnico)	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino			

Ingreso bruto mensual personal	\$ _____	Análisis de ingresos brutos mensuales personales	
Ingreso bruto mensual familiar	\$ _____	Sueldo/salarios:	TANF/CalWorks:
Ingreso bruto anual de los últimos años	\$ _____	Ing. empleado independiente:	Subsidios alimenticios:
¿Cuánto ahorró el año pasado:	\$ _____	Prestaciones por desempleo:	GR/GA:
		Man. cónyuge:	SSI/SSR:
		Manutención de menores:	Asistencia de vivienda:
		Comp de operario:	Discapacidad:

Información del empleo

Estado laboral:	<input type="checkbox"/> Emp. Indep. tiempo completo	<input type="checkbox"/> Emp. tiempo completo	<input type="checkbox"/> Empleo temporal	<input type="checkbox"/> Desempleado por más de 6 meses
(Tiempo completo ≥ 35 horas a la semana)	<input type="checkbox"/> Emp. Indep. medio tiempo	<input type="checkbox"/> Emp. medio tiempo	<input type="checkbox"/> Desempleado por menos de 6 meses	

Información del seguro

¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Tiene actualmente un negocio? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Tipo de seguro médico:		Fecha de inicio del negocio: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Empleador del cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Privado
Describa la cobertura del seguro médico para la familia.		Fecha en que iniciaron los ingresos del negocio: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Todos los miembros asegurados	<input type="checkbox"/> Algunos miembros asegurados	Si no tiene un negocio en marcha actualmente, ¿lo tuvo en el pasado? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> Ningún miembro asegurado	¿Por cuánto tiempo operó este negocio? _____		

La información que proporciona es confidencial y no será revelada sin su respectiva autorización.
La información se utilizará para propósitos de evaluación y es requerida por nuestros fundadores/patrocinadores.

Firma _____ Fecha _____

Las celdas con diseño representan preguntas que debe completar MicroTest

SOLICITUD COMERCIAL

No. de ID del cliente _____

Nivel de ingresos _____

Fecha actual: _____

Fecha de la solicitud: ____/____/____

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Nombre de la empresa		Teléfono de la empresa		Número de fax	
Dirección comercial		Ciudad	Estado	Código postal	En negocios desde: ____/____/____
Dirección de correo electrónico		Dirección de la red		¿Está ubicada su empresa dentro de los límites de la ciudad?	
Dirección comercial anterior		Ciudad	Estado	Código postal	¿Estaba su empresa ubicada dentro de los límites de la ciudad?

Información del socio comercial

¿Es esta empresa una sociedad?		Información del socio			
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Nombre:		Apellido:	
Tipo de sociedad:		Dirección:		Ciudad:	
<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Informal		Teléfono del hogar:		Teléfono del trabajo/horas hábiles:	
		Número de fax:		Dirección de correo electrónico:	

Características comerciales

¿Pertenece la empresa a una mujer?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Tiene alguno de los permisos que se enumeran a continuación? (marque todos los que aplican)	
¿Pertenece la empresa a una minoría?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> Licencia comercial	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Permiso de vendedor/número de reventa	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano		<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> DBA registrado (aviso formal de negocio)	
¿Pertenece la empresa a veteranos?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> Patente	
¿Tiene base local esta empresa?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> Marca registrada	
¿Está involucrado en comercio de importación/exportación?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> Derechos reservados	
¿Es esta una empresa de tiempo completo o medio tiempo?		<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Temporal		<input type="checkbox"/> Plan comercial completo	

Formulario comercial:

- Derecho de propiedad única
- Sociedad
- Corporación
- Corporación en S
- Compañía con resp. limitada

Sector comercial:

- Guardería/Asilo
- Conductor
- Producción de alimentos
- Restaurante/abastecedores
- Reparación/Mecánica
- Artes/artesanías
- Música

ÚNICAMENTE PARA USO OFICIAL

- Florista
- Impresión/fotocopiado
- Autoedición
- Fotografía/vídeo
- Servicios de asistencia de negocios
- Serv.de limpieza de oficinas/casas
- Servicios de jardinería

- Ropa/joyería/accesorios
- Cosméticos/cabello
- Otros servicios personales
- Muebles/artículos para el hogar
- Construcción/contratistas
- Otros (especifique)

Tipo de negocio:

- Servicios personales
- Distribución al por mayor
- Distribución al menudeo
- Servicios interempresariales
- Manufactura
- Varios tipos

Información financiera

¿Recibió financiamiento para su negocio?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Cantidad: \$ _____	
Fuente de financiamiento:		<input type="checkbox"/> Familia/amigos		<input type="checkbox"/> Inversionista privado	
<input type="checkbox"/> Préstamo bancario		<input type="checkbox"/> Ahorros personales		<input type="checkbox"/> Préstamo del gobierno	
		<input type="checkbox"/> Préstamo SBA		<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
Ventas brutas de los últimos años: \$ _____		Proporciona su empresa:		<input type="checkbox"/> Ingresos complementarios	
Ganancia/pérdida neta: \$ _____		¿Cuál es su meta de ingresos?		<input type="checkbox"/> Ingreso de una sola fuente	
En el último año, ¿le proporcionó su negocio una entrada al propietario?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Cantidad girada del propietario: \$ _____	

Información sobre empleados

¿Tiene empleados?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		En los últimos dos años, ¿recibió TANF alguno de los empleados de su negocio?	
Si su respuesta es afirmativa, escriba el número total de empleados en los últimos 12 meses:		Durante el último año, ¿ha contratado su empresa a alguien que recibe TANF?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
A tiempo completo:		La información que proporciona es confidencial y no se revelará sin su respectiva autorización.			
Medio tiempo:		La información se utilizará para propósitos de evaluación y es requerida por los fundadores/patrocinadores.			
Temporal/Temp:					