

Perfil del Programa

Nombre: _____
(Apellidos) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Fecha de Nacimiento)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: (_____) _____ Número de Seguro Social: _____
(Área) (Número)

¿Su casa o apartamento es rentado o es propio? _____ Correo electrónico: _____

Información de Empleo

¿Está usted empleado por un empleador? Si ____ No ____ Tiempo completo ____ Tiempo Parcial ____

¿Es usted auto-empleado? Si ____ No ____ Tiempo completo ____ Tiempo Parcial ____

Dirección como auto-empleado (Incluya Ciudad, Estado, y Código Postal) _____

¿Está usted buscando empleo? (Ocupación) _____

Teléfono de Trabajo: (_____) _____ Extensión: _____
(Área) (Número)

Edad: Menor de 18 ____ 18-24 ____ 25-34 ____ 35-49 ____ 50+ ____ Género: Masculino ____ Femenino ____

Educación

Grado 12avo o menor ____ Bachillerato/GED ____ Algunos Estudios Universitarios ____ Grado Universitario ____ Algún otro tipo de grado ____

Postgrado ____ ¿Está actualmente estudiando? Si ____ No ____ Grado o Curso _____ Último grado completado: _____

Otros estudios: _____ Nombre de la Institución Educativa: _____

Información Personal

Número de Licencia de Conducir: _____ Estado: _____ Fecha de Expiración: _____

Estado Civil: Casado: ____ Soltero: ____ Divorciado: ____

Número de personas en su familia: _____ (Indique el número de personas de acuerdo a las siguientes categorías)

Adultos: ____ Niños: ____ Hombres: ____ Mujeres: ____ Niños en Escuela Elemental: ____

Ingreso anual familiar: \$ _____ (Se debe presentar prueba de este ingreso)

Tiene usted alguna de las siguientes: Cuenta Corriente ____ Cuenta de Ahorros ____ Certificados de Depósito ____

¿Actualmente recibe usted algún tipo de asistencia pública o beneficios de servicios sociales? Si ____ No ____

Si su respuesta es positiva: ¿Desde cuándo? _____ ¿Hasta cuándo? _____ Que tipo: _____

¿Tiene usted seguro médico? Si ____ No ____ Si su respuesta es positiva indique qué compañía: _____

Información Personal

¿Cómo escuchó acerca de GCMi? Radio ____ Televisión ____ Internet ____

Prensa ____ Amigo/Familiar ____ Servicios Estudiantiles ____ Referido por _____

Folleto ____ CAA ____ Otro grupo comunitario ____ Organización _____

¿Cuáles son sus expectativas? _____

Perfil del Programa

¿Tiene usted alguna discapacidad? Si ____ No ____ ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si ____ No ____

Si tiene alguna discapacidad, por favor explique: _____

Origen Étnico: Hispano o Latino: Si ____ No ____

Categoría Racial: Negro/Afroamericano: ____ Blanco: ____ Indio Americano/Nativo de Alaska: ____ Asiático: ____

Asiático y Blanco: ____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco: ____ Nativo Hawaiano/Otras Islas del Pacífico: ____

Negro/Afroamericano y Blanco: ____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano: ____ Otro/Multirracial: ____

Veterano: Si ____ No ____

Información de Empleo

Especifique la etapa en la que se encuentra su negocio:

Negocio Propiedad de:

Etapa Exploratoria/Planeación _____

Hombre _____

Comenzando (Nuevo o menos de 12 meses) _____

Mujer _____

En marcha (Más de 12 meses) _____

Colectivo _____

¿Su negocio está registrado? Si ____ No ____ ¿Cuál es el Tax ID de su negocio? _____

Nombre del negocio: _____ Número de teléfono (_____) _____

Dirección: _____ (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal)

Descripción del negocio: _____

Estatus legal: Único propietario ____ Corporación S ____ Corporación C ____ Sociedad ____ Otro ____

Tipo de negocio: Servicios ____ Minorista ____ Mayorista ____ Agricultura ____ Otro ____

Si marcó "otro" por favor describa: _____

Fecha de fundación _____ # de empleados _____ Volumen anual de ventas _____ Tiempo de Operación _____

Número de empleos generados (incluido usted mismo) _____ Número de trabajos mantenidos (incluido usted mismo) _____

¿Cuánto fue su ingreso personal proveniente del negocio el mes pasado? \$ _____

¿Cuánto fue su ingreso personal proveniente del negocio en los últimos 6 meses? \$ _____

¿Cuánto fue su ingreso personal proveniente del negocio en los últimos 12 meses? \$ _____

¿Cuánto fue el ingreso bruto de su negocio en los últimos 6 meses? \$ _____

¿Cuánto fue la ganancia o la pérdida que tuvo su negocio en los últimos 12 meses? \$ _____

