



## CIUDAD DE RIALTO PROGRAMA DE BECAS PARA PEQUEÑOS NEGOCIOS

**Las solicitudes se procesarán según vayan llegando.  
Las solicitudes se procesarán hasta que se agoten todos los fondos.**

El propósito del Programa de Becas para Pequeños Negocios (Programa) de la Ciudad de Rialto (Ciudad) es para contrarrestar los impactos económicos negativos causados por la pandemia de COVID-19 al proporcionar un pago de primas para trabajadores esenciales y / o proporcionar asistencia para gastos comerciales. Este Programa ofrece una beca de \$10,000 a negocios elegibles en la Ciudad.

**Por favor escriba en computadora o use tinta. No use lápiz. Escriba de forma legible. No deje espacios en blanco. Todos los espacios en blanco deben completarse. Si una pregunta no es aplicable, aún debe responder escribiendo "N / A" (no aplicable) en lugar de dejar el espacio en blanco.**

**Entregue la solicitud completa con los documentos de respaldo a [rialtocares@rialtoca.gov](mailto:rialtocares@rialtoca.gov) o déjela en el Ayuntamiento a la atención de Avant Garde-Rialto Cares al (909)816-2863 o (909)816-5623, 150 S. Palm Ave, Rialto, CA 92376.**

### **LISTA DE VERIFICACION**

**PASO UNO.** Determinar su elegibilidad para el programa (Los siguientes elementos en el Paso 1 deben verificarse para establecer elegibilidad:

- El negocio debe estar físicamente ubicado dentro de los límites de la ciudad de Rialto.
- El Negocio debe tener 25 empleados a Tiempo-Completo o menos, incluyendo en Dueño(s).
- El negocio debe estar operacional entre los meses de Marzo 2020 – Marzo 2022
- La dirección del negocio debe estar dentro de una sección censal calificada **O** el negocio debe demostrar que sufrió una reducción en ingresos en un trimestre en el año 2020 o 2021 comparado con el mismo trimestre en el año 2019. (Por favor consulte la lista en la página 5 donde se encuentran las secciones elegibles).
- El negocio debe tener una licencia comercial vigente.

**PASO DOS.** Presentar los siguientes documentos:

- Complete La Solicitud para el Programa de Becas para Pequeños Negocios (Este formulario).
- Apéndice A: Secciones del Censo elegibles.
- Apéndice B: Resumen de costos: Gastos comerciales (si son aplicables).
- Apéndice C: Resumen de costos: Pago Premium (si son aplicables).
- Copia de la licencia comercial.
- Reportes de salarios, Declaración de Impuestos, **U** otros documentos que demuestren el número de empleados en el negocio.
- Formulario W-9 Completo (será proporcionado por el personal si se aprueba).

- Documentos financieros que demuestren la pérdida de ingresos (si es aplicable).
- Cualquier documento financiero adicional solicitado por el personal para determinar elegibilidad.

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PEQUEÑOS NEGOCIOS

### 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del dueño del negocio(s): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio (ubicación): \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del Negocio: \_\_\_\_\_ Sitio web: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia #: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del Negocio: \_\_\_\_\_

Tipo de Negocio:  LLC  Corporación Tipo S  Propietario Único  Corporación  Otro: \_\_\_\_\_

Numero de Impuestos/IRS EIN #: \_\_\_\_\_ U-E-I #\*: \_\_\_\_\_

\*Si solicitud es aprobada, **un numero de UEI es un requisito para todos los programas de fondos federales. Obtener un numero de UEI es gratis.** Obtenga uno aplicando por internet: [SAM.gov | Register Entity](https://sam.gov/register-entity) . El personal está disponible para ayudar.

### 2. INFORMACIÓN FINANCIERA (Si se le termina el espacio abajo, por favor añada más hojas y adjúntelas a la solicitud.)

a. Proporcione una descripción de su negocio, incluyendo los tipos de servicios y/o productos que usted proporciona.

---

---

---

---

b. Proporcione la industria de su negocio (ejemplo: Restaurante, Venta al por menor, Fabricación, etc.)

---

---



### 3. GARANTÍAS Y FIRMAS

**Al firmar abajo, Yo certifico que** toda la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y correcta a mi saber y entender. Acepto notificar a la Ciudad de Rialto (Ciudad) de inmediato por escrito sobre cualquier cambio material en la información proporcionada en este documento. Entiendo que la Ciudad y sus consultores se reservan el derecho de solicitar documentación adicional para determinar la elegibilidad.

Hago las siguientes representaciones y reconozco el acuerdo a los siguientes términos y condiciones:

- Soy el representante debidamente autorizado de la entidad solicitante nombrada a continuación y puedo vincular a la entidad a los términos de este Acuerdo.
- Si los fondos son proporcionados por la Ciudad, los fondos se utilizarán para los fines establecidos anteriormente.
- En ningún caso la responsabilidad financiera de la Ciudad excederá la cantidad aprobada, establecida en esta solicitud.
- Soy totalmente responsable de todas y cada una de las consecuencias fiscales y de recibir fondos de becas, incluidas, entre otras, la difusión de un Formulario 1099 del IRS por parte de la Ciudad.
- Entiendo que no hay ninguna agencia, empleo, negocio u otra relación creada por haber dado la beca. La Ciudad no respalda el negocio.
- Acepto indemnizar a la Ciudad, sus empleados y sus consultores de y contra cualquier reclamo, lesión, responsabilidad, pérdida, costo y / o gasto o daño, incluidos todos los costos y honorarios razonables de abogados, que surjan o supuestamente surjan de la actividad en la que el negocio elige usar fondos.
- Acepto cumplir con todas los reglamentos locales, estatales y federales aplicables, incluidas, entre otras, licencias y permisos comerciales, zonificación (por ejemplo, letreros), construcción y otros reglamentos con respecto a la operación del negocio.
- Acepto cumplir con todas las leyes de igualdad de oportunidades de empleo y las leyes de derechos civiles, y las disposiciones de la Ley Estadounidenses con Discapacidades. Como beneficiario de una beca, debo dar la misma consideración a todos los solicitantes de empleo calificados y al trato de los empleados sin tener en cuenta la raza, el color, la religión, el sexo o el origen nacional.

---

Nombre del Solicitante

Fecha

---

Nombre del Solicitante

Fecha



## Apéndice A: Secciones Censales Elegibles

Para ser eligible para esta beca, el negocio debe cumplir con los criterios de Área de Beneficio Baja-Moderada (LMA). El negocio cumple con el Objetivo Nacional LMA si, (1) la actividad de servicio es principalmente residencial donde por lo menos el 51% de los residentes son personas de ingresos bajos a moderados LMI, y (2) los servicios del negocio son para residentes del área.

**Por favor, complete toda la siguiente información. Si necesita orientación adicional, póngase en contacto con el personal de Avant Garde llamando al (909) 816-2863 o (909) 816-5623.**

### INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

Nombre del Dueño del Negocio(s): \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio (ubicación): \_\_\_\_\_

Fecha en que se inició al Negocio: \_\_\_\_\_

### DETERMINACIÓN DE LAS SECCIONES ELEGIBLES DEL CENSO

Para determinar si su negocio se encuentra dentro de una sección elegible del censo/grupo de censo elegible, complete los siguientes pasos.

1. Visite el sitio web:
  - <https://arcg.is/vPmrb>
2. Escriba la dirección de su negocio.
3. Haga "clic" en el mapa donde se encuentra su dirección. Encuentre el número bajo la sección "FIPS": los últimos 7 dígitos es su Grupo de Censo.

Ejemplo:

USA Census BlockGroup Area	
FIPS	060710039001
COUNTY	San Bernardino
STATE	CA
POP2014	2,392
SQMI	0.28

0039001

4. Por favor Marque el número de censo correspondiente /número de grupo.

- |                                  |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0023061 | <input type="checkbox"/> 0035052 | <input type="checkbox"/> 0036071 | <input type="checkbox"/> 0038031 |
| <input type="checkbox"/> 0034032 | <input type="checkbox"/> 0035061 | <input type="checkbox"/> 0036091 | <input type="checkbox"/> 0039001 |
| <input type="checkbox"/> 0034041 | <input type="checkbox"/> 0035062 | <input type="checkbox"/> 0036093 | <input type="checkbox"/> 0039002 |
| <input type="checkbox"/> 0034052 | <input type="checkbox"/> 0035091 | <input type="checkbox"/> 0036122 | <input type="checkbox"/> 0040032 |
| <input type="checkbox"/> 0034053 | <input type="checkbox"/> 0035101 | <input type="checkbox"/> 0037001 | <input type="checkbox"/> 0040041 |
| <input type="checkbox"/> 0035051 | <input type="checkbox"/> 0035102 | <input type="checkbox"/> 0037002 | <input type="checkbox"/> 0043011 |
| <input type="checkbox"/> 0043023 |                                  |                                  |                                  |

**La dirección de mi negocio no se encuentra en la lista de censo mencionada arriba. Entiendo y reconozco que debo presentar documentos financieros con mi solicitud que demuestren que mi negocio sufrió una reducción en ingresos en un trimestre en el año 2020 o 2021 comparado con el mismo trimestre en el año 2019.**



## Apéndice B: Resumen de Costos: Gastos del Negocio

Los fondos de las becas están destinados a ayudar a los negocios con los impactos económicos negativos causados por la pandemia del COVID-19. El uso de fondos queda a discreción del propietario del negocio. Ejemplos de actividades elegibles son:

- Gastos generales;
- Renta y utilidades;
- Servicios del Negocio (desarrollo del sitio web) para aumentar la capacidad;
- Gatos laborales/salarios (excluyendo el dueño) inventario del negocio y provisiones;
- Equipo de Protección Personal (PPE); y
- Compras de equipos necesarios para la operación del negocio excluyendo vehículos.

**Por favor, complete toda la siguiente información. Si necesita orientación adicional, póngase en contacto con el personal de Avant Garde llamando al (626) 872-4416 o (626) 863-7307.**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio: \_\_\_\_\_

Cantidad Solicitada: \_\_\_\_\_

Producto/Gasto:	Costo:
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
<b>Total:</b>	\$

---

Firma del Solicitante

Fecha





## Apéndice C: Resumen de Costos: Pago Premium

Los fondos de la beca también se pueden usar para proveer el pago premium a los trabajadores. Pago Premium está destinado a los trabajadores esenciales, ofreciendo apoyo adicional a aquellos que han soportado los mayores riesgos de salud debido a sus servicios en sectores de infraestructura crítica. Consulte las guías del programa para obtener más información sobre Pago Premium. Pago Premium solo está disponible para trabajadores esenciales que realizan trabajos esenciales regulares en persona en los siguientes sectores:

- Cuidado de Salud
- Servicios sociales y humanos
- Educación y cuidado de niños
- Producción de alimentos y comestibles
- Transportación
- Sectores de salud pública y seguridad
- Salubridad

**Por favor, complete toda la siguiente información. Si necesita orientación adicional, póngase en contacto con el personal de Avant Garde llamando al (909) 816-2863 o (909) 816-5623.**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio: \_\_\_\_\_

Cantidad Solicitada: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado	Título	Salario Actual por Hora	Aumento de pago premium	Promedio de horas semanales trabajadas	Nuevo salario total por hora
<i>Jane Doe</i>	<i>Enfermera</i>	<i>\$15</i>	<i>\$3</i>	<i>35</i>	<i>\$18</i>
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

Firma del Solicitante

Fecha

---

Firma del Solicitante

Fecha

Page |