



# CIUDAD DE RIALTO PROGRAMA DE SUBVENCIONES PARA PEQUEÑAS EMPRESAS

## Aplicación

La Ciudad de Rialto ofrece subvenciones únicas de \$ 10,000 para ofrecer asistencia financiera inmediata a las pequeñas empresas ubicadas en la Ciudad de Rialto para ayudar a mantener su ubicación comercial. El programa es posible gracias a los fondos federales de la Subvención en Bloque de Desarrollo Comunitario (CDBG) del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), por lo tanto, las empresas deben cumplir con todos los requisitos para ser elegibles para el programa.

Las empresas previamente aprobadas que fueron ralladas hasta \$ 4,000 pueden volver a solicitar \$ 6,000 adicionales (que no excedan los \$ 10,000) al demostrar la necesidad adicional de fondos al proporcionar:

- Documentos de pérdida de ingresos actuales
- Facturas de alquiler o servicios públicos vencidas

**Por favor, escriba o utilice tinta AZUL o NEGRA. No use lápiz u otros colores de tinta. Por favor, escriba de forma legible. Todos los espacios en blanco deben completarse o tener N / A escrito.**

1. FECHA DE INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE : \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección comercial (ubicación): \_\_\_\_\_

Teléfono de la empresa: \_\_\_\_\_ Sitio web: \_\_\_\_\_

Licencia comercial #: Fecha \_\_\_\_\_ de inicio de negocios: \_\_\_\_\_

Estructura Organizacional:  LLC  S Corp.  Sociedad  Unipersonal  Otros: \_\_\_\_\_

Número de identificación fiscal / IRS EIN # : \_\_\_\_\_ UEI #\*: \_\_\_\_\_

**\*El número UEI es requerido para todos los programas financiados con fondos federales. Obtener un número UEI es gratis.** Obtenga uno solicitando en línea en [SAM.gov](https://sam.gov) | [Inicio](#). El personal de Avant-Garde puede ayudar a obtener esto.

## 2. ANTECEDENTES

a. ¿El propietario (s) del negocio o cualquier individuo que posea el 20% o más del capital del negocio está sujeto a una acusación, información criminal, lectura de cargos u otros medios por los cuales se presentan cargos formales en cualquier jurisdicción, o actualmente encarcelados, o en libertad condicional o libertad condicional?

No  Sí

b. En los últimos 5 años, por cualquier delito grave, ¿el propietario del negocio 1) ha sido condenado, 2) se ha declarado culpable, 3) se declaró nolo contendere, 4) se le ha puesto en desviación previa al juicio, o 5) se le ha colocado en alguna forma de libertad condicional o libertad condicional (incluida la libertad condicional antes del juicio)?

No  Sí

c. ¿El propietario (s) del negocio actualmente suspendido, inhabilitado, propuesto para la inhabilitación, declarado inelegible, excluido voluntariamente de la participación en esta transacción por cualquier departamento o agencia federal, o actualmente involucrado en alguna bancarrota?

No  Sí, por favor describa:

---

---

---

---

d. ¿ Los propietarios de negocios tienen algún juicio personal / comercial, demandas no resueltas, disputas importantes o gravámenes fiscales?

No  Sí, por favor describa:

---

---

---

---

e. ¿Ha estado involucrada la empresa, o cualquier principio de la empresa, en procedimientos de quiebra o insolvencia?

No  Sí, por favor describa:

---

---

---

---

f. ¿Hay algún impuesto atrasado (local, estatal, federal, etc.) o pagos adeudados a los servicios públicos municipales (alcantarillado, agua) por parte del propietario (s) del negocio?

No  Sí, por favor describa:

---

---

---

g. ¿Cumple con todas las regulaciones locales, estatales y federales aplicables de zonificación, construcción, licencias y permisos comerciales, y otras regulaciones con respecto a la operación de su negocio?

No, por favor explique  Sí

---

---

---

h. ¿Ha recibido la empresa alguna subvención o préstamo en respuesta a la pandemia de COVID-19?

No  Sí, complete la hoja de trabajo de duplicación de beneficios.

### 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

a. ¿Su negocio se vio afectado financieramente debido a la pandemia de COVID-19?

No  Sí, puedo proporcionar documentación para demostrar la pérdida de ganancias.

b. Proporcione una descripción de su negocio, incluidos los tipos de servicios y / o productos que proporciona.

---

---

---

c. ¿Quién es tu mercado objetivo?

---

---

d. Enumere la industria de su negocio (por ejemplo, restaurantes, minoristas, fabricación, etc.)

---

e. Haga una lista de la cantidad de **personal** que su empresa emplea directamente:

- A tiempo completo\_\_
- A tiempo parcial\_\_\_\_

¿Son estos puestos permanentes o estacionales?

---

f. Describa otras fuentes de financiamiento para gastos comerciales, incluidos ingresos, fondos personales, subvenciones o préstamos recibidos desde marzo de 2020, incluidas otras subvenciones recibidas de la Ciudad de Rialto:

\$\_\_\_\_\_.

---

---

g. ¿La empresa tiene menos de 25 empleados a tiempo completo ?

No       Yes

POR FAVOR , VAYA A LA PÁGINA SIGUIENTE PARA FIRMAS

-



## Página suplementaria

del Programa de Asistencia Comercial

Certifico que el número de empleados numerados en esta aplicación es verdadero y

correcto. Número de empleados a tiempo completo: \_\_\_\_\_

Número de empleados a tiempo parcial: \_\_\_\_\_

Mi negocio ha estado operativo en la ciudad de Rialto a partir de \_\_\_\_\_ .  
(MM/DD/AAAA)

**Al firmar a continuación, certifico que** la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la Ciudad y sus consultores se reservan el derecho de solicitar documentación adicional para determinar la elegibilidad.

---

Nombre del solicitante Fecha

---

Fecha de

firma del solicitante



## Resumen de Costos: Gastos del Negocio

Los fondos de subvención están destinados a ayudar a las empresas a abordar los impactos económicos negativos causados por la pandemia de COVID-19. El uso de los fondos es a discreción del dueño del negocio. Ejemplos de actividades elegibles son:

- Gastos generales;
- Alquiler y servicios públicos;
- Servicios empresariales (desarrollo de sitios web) para aumentar la capacidad;
- Gastos de mano de obra (excluyendo al propietario) inventario y suministros del negocio;
- Equipo de Protección Personal (EPP); y
- Compras de capital o equipos necesarios para la operación del negocio excluyendo vehículos.

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

Número del solicitante: \_\_\_\_\_  
Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección de la empresa: \_\_\_\_\_

Artículo/Gasto	Costar
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
<b>Total:</b>	\$

#### 4. GARANTÍAS Y FIRMAS

**Entiendo y al firmar acepto** que toda la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto notificar a la Ciudad de Rialto de inmediato por escrito sobre cualquier cambio material en la información proporcionada en este documento. La Ciudad de Rialto y sus consultores están autorizados a realizar las consultas que se consideren necesarias y apropiadas para verificar la exactitud de esta solicitud.

Hago las siguientes representaciones y reconozco la aceptación de 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.
- Tras la aprobación de esta solicitud, esta solicitud se convierte en un contrato vinculante entre la entidad solicitante nombrada a continuación y la Ciudad de Rialto.
- Si los fondos son proporcionados por la Ciudad de Rialto, los fondos se utilizarán para los fines establecidos anteriormente.
- En ningún caso la responsabilidad financiera de la Ciudad de Rialto excederá la cantidad aprobada, establecida anteriormente.
- Soy totalmente responsable de todas y cada una de las consecuencias fiscales y de recibir fondos de subvenciones, incluidas, entre otras, la emisión de un Formulario 1099 del IRS por parte de la Ciudad de Rialto.
- Entiendo que no existe ninguna agencia, empleo, empresa conjunta u otra relación similar creada en virtud de la concesión de la subvención. La Ciudad de Rialto no respalda el negocio específico.
- Acepto indemnizar a la Ciudad de Rialto, 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 se alegue que surjan de la actividad o evento.
- Acepto cumplir con todas las regulaciones locales, estatales y federales aplicables, incluidas, entre otras, licencias y permisos comerciales, zonificación (por ejemplo, señalización), construcción y otras regulaciones 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 de Estadounidenses con Discapacidades. Como beneficiario de una subvención, 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.

---

Fecha del

nombre del solicitante

---

Fecha de

firma del solicitante

---

**POR FAVOR, DIRIJA TODAS LAS PREGUNTAS A:**

Teléfono Avant  
Garde: (909) 816-2863  
Correo electrónico: [rialtocares@rialtoca.gov](mailto:rialtocares@rialtoca.gov)

**POR FAVOR, ENVÍE LA SOLICITUD Y TODOS LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO, YA SEA POR CORREO**

**A:**

Programa de subvenciones para pequeñas  
empresas de la ciudad de Rialto C/O Avant  
Garde  
150 S. Palm  
Avenue Rialto, CA  
92376

**O**

**POR CORREO ELECTRÓNICO A:**

[rialtocares@rialtoca.gov](mailto:rialtocares@rialtoca.gov)



SOLAMENTE USO

**REVISIÓN PARA ÍNTEGRO APLICACIÓN Referencia Elegibilidad Lista de verificación Para verificar todo Obligatorio Documentos son reunido**

- La solicitud está completa
- La aplicación incluye el Anexo A, B1 o B2
- La licencia comercial ha sido verificada

**CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO NACIONAL**

**¿Cumple el solicitante con el objetivo nacional de LMA ?**

- Sí (Proporcionar información de La Sección Censal, Grupo de Bloques para apoyar los criterios de Objetivos Nacionales adjuntos a esta solicitud)
  - Se ha confirmado que la dirección comercial está en una sección censal elegible  
**Sección censal:** Haga clic o toque aquí para ingresar el texto. **LMI:** Haga clic o toque aquí para ingresar texto.
    - **Recopile la siguiente documentación**
      - Imprima del Censo de los Estados Unidos con la dirección comercial y la sección censal identificada
  - El negocio se encuentra en una zona principalmente residencial. No

**¿Cumple el solicitante con el objetivo nacional de LMJ?**

- Sí (Proporcione información de los empleados adjunta a esta aplicación) *Consulte la sección Documentación para obtener más detalles.*
- No

---

Fecha de

firma

del nombre del revisor



Ciudad de Rialto  
150 S. Palm  
Avenue Rialto, CA  
92376

## Anexo A: Cumplimiento del objetivo nacional de la LMA

Todas las actividades financiadas por CDBG deben cumplir con un objetivo nacional del programa CDBG. El objetivo nacional de este programa es retener empleos y/o beneficiar áreas con personas de ingresos bajos y moderados (LMI). Para ser elegible para esta subvención, la empresa debe cumplir con los criterios de Beneficio de Área low mod (LMA). El negocio cumple con el Objetivo Nacional de LMA si, la actividad de servicio es principalmente residencial, donde al menos el 51 por ciento de los residentes son personas LMI, y los servicios de la empresa satisfacen las necesidades de los residentes del área de servicio.

**Por favor, complete toda la información a**

### continuación. INFORMACIÓN COMERCIAL

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

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección comercial (ubicación): \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del negocio: \_\_\_\_\_

**Identifique los tipos de servicios que proporciona su empresa.**

**¿Hay otras actividades comerciales comparables dentro del área en la que se encuentra su negocio?**

Sí  No

**Identifique la(s) forma(s) en que sus servicios son un beneficio para su área de servicio.**

- Somos la única empresa que proporciona nuestro tipo de servicio dentro de un radio de 1/2 milla  
 Estamos ubicados en el centro de los servicios de transporte público

### DETERMINACIÓN DE LA SECCIÓN CENSAL Y EL GRUPO DE BLOQUES

Para determinar si su negocio se encuentra dentro de un grupo de secciones censales / bloques elegible, complete los siguientes pasos.

1. Visite el sitio web a continuación:
  - <https://arcg.is/vPmrb>
2. Introduce la dirección de tu empresa.

RENUNCIA: El Presentación de información aquí dentro hace no garantía cualquier premio de financiación del Ciudad de Rialto o constituir un financiero compromiso del mismo. Subvención fondos son Asunto Para aplicable federal y local financiación Limitaciones y el Ciudad de Rialto's verificación de varios

- Haga clic en el mapa donde se encuentra su dirección. Encuentre el número en la sección "FIPS": los últimos 7 dígitos son su Grupo de Bloque del Censo. Verifique el número de grupo de seguimiento / bloque del censo correspondiente a continuación.

Ejemplo:

**Si uno de los números a continuación no aparece en esa sección, haga un seguimiento con Avant Garde al (909) 816-2863 para obtener orientación adicional.**

- |                                  |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <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 |                                  |                                  |                                  |

RENUNCIA: El Presentación de información aquí dentro hace no garantía cualquier premio de financiación del Ciudad de Rialto o constituir un financiero compromiso del mismo. Subvención fondos son Asunto Para aplicable federal y local financiación Limitaciones y el Ciudad de Rialto's verificación de varios



Ciudad de Rialto  
150 S. Palm  
Avenue Rialto, CA  
92376

## Apéndice B: Cumplimiento del objetivo nacional de LMJ

### APÉNDICE B : COMPLETO SÓLO SI LOS FONDOS DE LA SUBVENCIÓN SE UTILIZARÁN PARA RETENER AL PERSONAL

Todas las actividades financiadas por CDBG deben cumplir con un objetivo nacional del programa CDBG. El objetivo nacional de este programa es retener empleos y/o beneficiar áreas con personas de ingresos bajos y moderados (LMI). Para ser elegible para esta subvención, la empresa debe cumplir con los criterios de Creación y Retención de Empleos de Baja Modificación (LMJ). La empresa cumple con el objetivo nacional si crea o retiene empleos permanentes, al menos el 51 por ciento de los cuales (calculados sobre una base equivalente a tiempo completo) se pondrán a disposición o estarán en manos de personas LMI, el LMI identificado. el personal reside en una sección censal elegible con al menos un 70 por ciento de personas LMI, O la empresa se encuentra en una sección censal elegible (consulte *la Lista de verificación de elegibilidad* para obtener más detalles) y el trabajo se ubicará dentro de esa misma sección censal.

Por favor, complete toda la información a

#### continuación. INFORMACIÓN COMERCIAL

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

Nombre de la empresa:

\_\_\_\_\_

Dirección comercial (ubicación): \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del negocio: \_\_\_\_\_

Número total de empleados actuales: Tiempo completo                      Tiempo parcial: \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

(no incluye al dueño del negocio)

Describa el impacto financiero que enfrenta su negocio que requiere asistencia de subvención. La respuesta debe demostrar cómo los fondos de la subvención ayudarán a la empresa a crear nuevos empleos o retener a su personal.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como parte de los requisitos del programa, debe presentar cualquier documento aplicable para demostrar la necesidad de asistencia de subvención. Como parte del proceso de solicitud, la empresa debe presentar documentos financieros para el último período de seis (6) meses.

**APÉNDICE B-1: COMPLETO SÓLO SI LOS FONDOS DE LA SUBVENCIÓN SE UTILIZARÁN PARA RETENER AL PERSONAL**

**CERTIFICACIÓN DE INGRESOS**

Según los requisitos de HUD, la empresa debe demostrar el 51 por ciento de los trabajos (calculados sobre una base equivalente a tiempo completo)

se conserven y/o se creen y se pondrán a disposición o en poder de personas de LMI o que el personal de LMI resida en una sección censal elegible con al menos un 70 por ciento de personas de LMI (*ver datos de acs-low-mod-summary*). **Se requiere que toda la empresa complete el Formulario de Datos del Participante (Anexo A.1) para demostrar que cumple con el requisito de LMI.** Necesitará la información recopilada de este formulario para completar la *Tabla del empleado*.

**TABLA DE EMPLEADOS**

Utilizando la información recopilada del **Formulario de Ingresos Anuales de Autocertificación de CDBG**, complete la tabla a continuación para todo el personal que emplea la empresa. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

	Nombre del empleado	Título del trabajo	Indicar si el puesto es a tiempo parcial o a tiempo completo	Ingresos anuales del hogar	Tamaño de la familia	Indique si el empleado es extremadamente bajo, muy bajo o Bajo. Si ninguno de los dos se aplica, use N/A
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

RENUNCIA: El Presentación de información aquí dentro hace no garantía cualquier premio de financiación del Ciudad de Rialto o constituir un financiero compromiso del mismo. Subvención fondos son Asunto Para aplicable federal y local financiación Limitaciones y el Ciudad de Rialto's verificación de varios

14						
15						

RENUNCIA: El Presentación de información aquí dentro hace no garantía cualquier premio de financiación del Ciudad de Rialto o constituir un financiero compromiso del mismo. Subvención fondos son Asunto Para aplicable federal y local financiación Limitaciones y el Ciudad de Rialto's verificación de varios

## ANEXO B-2: COMPLETAR SOLO SI LOS FONDOS DE LA SUBVENCIÓN SE UTILIZARÁN PARA CREAR EMPLEOS

Si la empresa tiene la intención de utilizar los fondos de la subvención para permanecer abierta mediante la creación de empleos, envíe los documentos enumerados. Si los documentos no están disponibles actualmente, la empresa tendrá que trabajar con el personal del programa para proporcionarlos a medida que estén disponibles.

### **Documentos a presentar**

- Descripción del puesto
- Currículum vitae del solicitante
- Ofertas de trabajo (redes sociales, sitios web de carreras, etc.)
- Prueba de que la empresa hizo esfuerzos para poner el trabajo a disposición de LMI
- Una vez cubierto el puesto :
  - Reanudar
  - *Formulario de participante de CDBG* (si lo llena la persona de LMI)

RENUNCIA: El Presentación de información aquí dentro hace no garantía cualquier premio de financiación del Ciudad de Rialto o constituir un financiero compromiso del mismo. Subvención fondos son Asunto Para aplicable federal y local financiación Limitaciones y el Ciudad de Rialto's verificación de varios



## ANEXO B -3 : COMPLETO SÓLO SI SE CONSERVAN TRABAJOS

### Autocertificación CDBG de ingresos anuales por beneficiario

**INSTRUCCIONES:** Esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta la definición utilizada para determinar el "Ingreso Anual (Bruto)", el número de miembros beneficiarios en la familia u hogar (según corresponda en función de la actividad) y las características relevantes de cada miembro a los efectos de los ingresos. Para completar esta declaración, seleccione la definición de ingresos utilizados, complete los campos en blanco a continuación y marque solo las casillas que se aplican a cada miembro. Los miembros beneficiarios adultos deben firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa, y que la documentación de la fuente se proporcionará a pedido.

#### Definición de Ingresos

<input checked="" type="checkbox"/> HUD 24 CFR Parte 5	<input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS	<input type="checkbox"/> Encuesta de la Comunidad Americana
--	--	---

#### Negocio

Nombre de la empresa	Dirección de la empresa:
----------------------	--------------------------

#### Información del beneficiario

Apellido:	Identificación del beneficiario (sí corresponde):
-----------	---

#### Información para miembros

Nombres y apellidos:	Id. de miembro (si corresponde):	HH	CH	DIS	62+	S≥18	<18	<15
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							

HH = Jefe de Hogar; CH = Co-Jefe de Hogar; DIS = Persona con discapacidad; 62+ = Persona de 62 años de edad o más; S≥18 = Estudiante de tiempo completo de 18 años o más; <18 = Niño menor de 18 años; <15 = Menor de 15 años

#### Información de contacto

Dirección Línea 1:	Ciudad:	
Dirección Línea 2:	Estado:	Código Postal:

#### Información de ingresos

Ingreso bruto anual (total de todos los miembros) = \$\_\_\_\_\_

#### Certificación

Yo/nosotros certificamos que esta información es completa y precisa. Yo/nosotros acordamos proporcionar, previa solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al Concesionario/Administrador del Programa de HUD.

**FIRMAS COMPLETAS EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



Yo/nosotros certificamos que esta información es completa y precisa. Yo/nosotros acordamos proporcionar, previa solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al Concesionario/Administrador del Programa de HUD.

**AUTOCERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO**

*Impreso en:* Fecha

*de entrada en vigor:*

**ID de beneficiario :** \_\_\_\_\_

**CABEZA DE FAMILIA**

<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
--------------	-----------------------	--------------

**OTROS ADULTOS  
BENEFICIARIOS\***

<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Fecha</b>

\* Adjunte otra copia de esta página si se requieren líneas de firma adicionales.

**ADVERTENCIA:** La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por a sabiendas y voluntariamente haciendo una



**Formulario de duplicación de beneficios**  
**(DOB)**

Como se cita en la Ley CARES de 2020, "que, a pesar de la sección 105 (a) (8) de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1974 (42 U.S.C. 5305(a)(8)), el Secretario se asegurará de que existan procedimientos adecuados para evitar cualquier duplicación de beneficios según lo requerido por la sección 312 del Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance 1 Act (42 U.S.C. 5155) y de conformidad con la sección 1210 de la Ley de Reforma de Recuperación de Desastres de 2018 (división D de la Ley Pública 115-254; 132 Estadística. 3442), que modificó el artículo 312 de la Robert T. Ley de Asistencia de Emergencia y Alivio de Desastres de Stafford (42 U.S.C. 5155)"

La duplicación de beneficios surge cuando una persona, hogar, empresa u otra entidad recibe asistencia de múltiples fuentes para el mismo propósito de recuperación, y la asistencia total recibida para ese propósito es más que la necesidad total. Por esta razón, HUD y sus concesionarios deben coordinarse con otras agencias federales que brindan asistencia para evitar la duplicación de beneficios (DOB). El concesionario debe realizar una revisión individualizada de cada solicitante para determinar que la cantidad de asistencia no causará un DOB al exceder las necesidades insatisfechas de ese solicitante.

<b>Nombre del solicitante :</b>	<b>Cantidad solicitada:</b>
---------------------------------	-----------------------------

<b>Dirección de la propiedad :</b>	<b>\$</b>
------------------------------------	-----------

Fuente de financiación para el trabajo de elevación	Importe Premiado (para elevación)	Documentación	Verificación de la adjudicación
a. Programa de Protección de Cheques de Pago (PPP)			
d. Préstamo de la Administración de Pequeñas Empresas (SBA)			
f. Fuentes privadas/sin fines de lucro			
g. Otros ( <i>consulte la lista</i> )			
h. Total de fondos no relacionados con la ciudad de Rialto recibidos	\$		
i. Cantidad total necesaria	\$		
j. Necesidad insatisfecha de trabajo de elevación <i>Cantidad necesaria (i) – Fondos no pertenecientes a la ciudad de Rialto recibidos (h) = Necesidad insatisfecha</i>	\$		
k. Monto de la Subvención comercial del Programa de Subvenciones Comerciales de la Ciudad de Rialto <i>Necesidad insatisfecha (j) o \$10,000, lo que sea la cantidad menor</i>			

**Notas:**

Certifico que toda la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que la información relacionada con mi negocio puede ser compartida y verificada por la Ciudad de Rialto, como otras agencias federales u otras agencias gubernamentales, seguros, empresas, o cualquier entidad pública o privada con el fin de garantizar que la empresa no ha recibido dinero que se duplique de las posibles Subvenciones para Pequeñas Empresas recibidas.

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha:</b>
----------------	---------------

---

*Después de que DOB se haya ejecutado completamente y se haya verificado toda la información:*

<b>Administrador de subvenciones:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Administrador de Supervisión y Cumplimiento :</b>	<b>Fecha:</b>