



CIUDAD DE RIALTO PROGRAMA DE BECAS PARA NEGOCIOS PEQUEÑOS

Aplicación

La Ciudad de Rialto ofrece becas únicas de \$4,000 para ofrecer asistencia financiera inmediata a los pequeños negocios ubicados en la Ciudad de Rialto para ayudar a mantener su ubicación comercial. El programa es posible gracias a los fondos federales de la Beca 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.

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 del negocio: _____

Dirección comercial (ubicación): _____

Nombre del propietario: _____

Renta mensual: \$ _____

Teléfono del negocio: _____ Sitio web: _____

Licencia comercial #: Fecha _____ de inicio del negocio: _____

Tipo de Negocio: LLC S Corp. Sociedad Unipersonal Corporación Otro: _____

Número de identificación de impuestos/IRS EIN #: _____ D-U-N-S #*: _____

***El número DUNS es requerido para todos los programas financiados por el gobierno federal. Obtener un número DUNS es gratis.** Obtenga uno llamando al 1-866-705-5711 o solicitando en línea al <http://fedgov.dnb.com/webform>. El personal de Avant-Garde puede ayudar a obtener esto.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de información en este documento no garantiza ningún otorgamiento de fondos de la Ciudad de Rialto ni constituye un compromiso financiero. Los fondos de subvención están sujetos a las limitaciones de financiación federales y locales aplicables y a la verificación de la Ciudad de Rialto de los diversos requisitos de elegibilidad.

2. ANTECEDENTES

a. ¿Esta sujeto el propietario (s) del negocio o cualquier individuo que posea el 20% o más del capital del negocio 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 Si

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 no opuesto, 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 Si

c. ¿El propietario (s) del negocio actualmente esta 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 Si marco "sí", por favor explique:

d. ¿El propietario(s) del negocio tiene algún juicio personal / comercial, demandas no resueltas, disputas importantes o derecho de retención por impuestos?

No Sí Si marco "sí", por favor explique:

e. ¿Ha estado involucrado el negocio, o cualquier principio del negocio, en procedimientos de quiebra o insolvencia?

No Sí En Si marco "sí", por favor explique:

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 Si marco "sí", por favor describa:

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

No Sí Si marco "no", por favor explique:

h. ¿Ha recibido el negocio alguna beca o préstamo en respuesta a la pandemia de COVID-19?

No Sí Si marco "sí", complete la Hoja de duplicación de beneficios:

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de información en este documento no garantiza ningún otorgamiento de fondos de la Ciudad de Rialto ni constituye un compromiso financiero. Los fondos de subvención están sujetos a las limitaciones de financiación federales y locales aplicables y a la verificación de la Ciudad de Rialto de los diversos requisitos de elegibilidad.

b. ¿A qué mercado está dirigido tu negocio?

c. Haga una lista de la industria de su negocio (por ejemplo, Restaurante, Venta al por Menor, Manufactura, etc.)

d. ¿Cuáles son los objetivos futuros de su negocio?

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

- Tiempo completo _____
- Tiempo parcial _____

¿Son estos puestos permanentes o estacionales?

f. Describa otras fuentes de financiamiento para gastos comerciales, incluyendo ingresos, fondos personales, becas o préstamos recibidos desde marzo de 2020: \$._____

g. Describa los pasos y recursos necesarios para mantener la operación de su negocio durante el próximo año.

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 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 becas, 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 beca. La Ciudad de Rialto no respalda el negocio específico.
- Acepto asegurar 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 supuestamente 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 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.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de información en este documento no garantiza ningún otorgamiento de fondos de la Ciudad de Rialto ni constituye un compromiso financiero. Los fondos de subvención están sujetos a las limitaciones de financiación federales y locales aplicables y a la verificación de la Ciudad de Rialto de los diversos requisitos de elegibilidad.

Nombre del solicitante

Fecha

Firma del solicitante

Fecha

POR FAVOR, DIRIJA TODAS LAS PREGUNTAS A:

Janet Franco
Teléfono: (909) 820-2525 ext: 2429
Correo electrónico:
rialtocares@rialtoca.gov

POR FAVOR, ENVÍE LA SOLICITUD Y TODOS LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO POR CORREO A:

Programa de Subvenciones para Pequeñas Empresas de la Ciudad de Rialto
C/O Janet Franco
150 S. Palm Avenue
Rialto, CA 92376

O

POR CORREO ELECTRÓNICO A:

rialtocares@rialtoca.gov

USO DE OFICINA SOLAMENTE

REVIEW FOR COMPLETE APPLICATION Reference Eligibility Checklist to verify all required documents are collected

- Application is complete
- Application includes Attachment A, B1, or B2
- Business license has been verified

MEETING NATIONAL OBJECTIVE

Does the Applicant meet LMA National Objective?

- Yes (Provide Census Tract, Block Group information to support National Objective criteria attached to this application)
 - Business address has been confirmed to be in an eligible census tract
 - Census Tract:** Click or tap here to enter text. **LMI:** Click or tap here to enter text.
 - **Collect the following documentation**
 - Print out from US Census with the business address and identified census tract
 - The business is in a primarily residential area.

No

Does the Applicant meet LMJ National Objective?

- Yes (Provide employee information attached to this application) *See Documentation section for more details.*
- No

Reviewer Name

Signature

Date

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de información en este documento no garantiza ningún otorgamiento de fondos de la Ciudad de Rialto ni constituye un compromiso financiero. Los fondos de subvención están sujetos a las limitaciones de financiación federales y locales aplicables y a la verificación de la Ciudad de Rialto de los diversos requisitos de elegibilidad.



Apéndice 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 beca, el negocio debe cumplir con los criterios de Beneficio de Área Bajo a Moderado en Ingresos (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 de ingresos bajos a moderados, y los servicios del negocio satisfacen las necesidades de los residentes del área de servicio.

Por favor, complete toda la siguiente información.

INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

Nombre(s) del propietario del negocio: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección del negocio (ubicación): _____

Fecha de inicio del negocio: _____

Identifique los tipos de servicios que proporciona su negocio.

Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

¿Hay otras actividades de negocio 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 el único negocio que proporciona nuestro tipo de servicio dentro de 1/2 milla
 Estamos ubicados en el centro de los servicios de transporte público

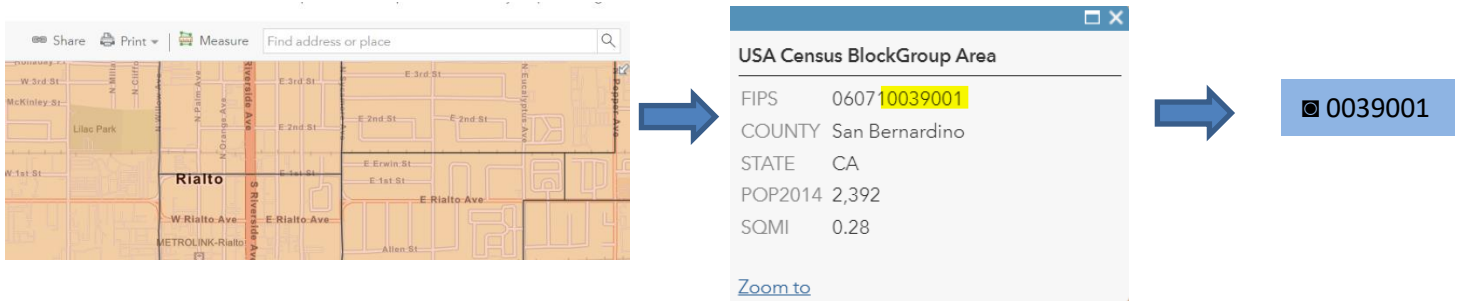
DETERMINACIÓN DE LA SECCIÓN CENSAL Y EL GRUPO DE CUADRA

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

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de información en este documento no garantiza ningún otorgamiento de fondos de la Ciudad de Rialto ni constituye un compromiso financiero. Los fondos de subvención están sujetos a las limitaciones de financiación federales y locales aplicables y a la verificación de la Ciudad de Rialto de los diversos requisitos de elegibilidad.

1. Visite el siguiente sitio web:
 - <https://arcg.is/vPmrb>
2. Introduzca la dirección de su negocio.
3. 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/cuadrado del censo correspondiente a continuación.

Ejemplo:



Si uno de los números a continuación no aparece en esa sección, por favor haga un seguimiento de la Ciudad en (909) 820-8065 o jfranco@rialtoqa.gov 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 | | | |

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de información en este documento no garantiza ningún otorgamiento de fondos de la Ciudad de Rialto ni constituye un compromiso financiero. Los fondos de subvención están sujetos a las limitaciones de financiación federales y locales aplicables y a la verificación de la Ciudad de Rialto de los diversos requisitos de elegibilidad.



Apéndice B: Cumplimiento del Objetivo Nacional LMJ

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 beca, el negocio 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) estarán disponibles o en manos de personas de ingresos bajos a moderados (LMI), el personal de LMI identificado reside en una sección censal elegible con al menos el 70 por ciento de personas de ingresos bajos a moderados, O el negocio está en una sección censal elegible (consulte la Lista de *verificación* de elegibilidad para más detalles) y el trabajo se ubicará dentro de esa misma sección censal.

Por favor, complete toda la siguiente información.

INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

Nombre(s) del propietario del negocio: _____

Nombre del negocio:

Dirección del Negocio (ubicación): _____

Fecha de inicio del negocio: _____

Número total de empleados actuales: _____ Tiempo Completo: _____ Tiempo parcial: _____
(no incluye al propietario del negocio)

Describa el impacto financiero que enfrenta su negocio que requiere asistencia de beca. La respuesta debe demostrar cómo los fondos de la beca 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 beca. Como parte del proceso de solicitud, la empresa debe presentar documentos financieros para el período de los últimos seis (6) meses.

SECCIÓN A.1-COMPLETAR SOLO SI LOS FONDOS DE LA BECA SE UTILIZARÁN PARA RETENER AL PERSONAL

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS

Según los requisitos de HUD, el negocio debe demostrar que el 51 por ciento de los empleos (calculados sobre una base equivalente a tiempo completo) se conservan y / o crean y estarán disponibles o en manos de personas de ingresos bajos a moderados (LMI), o que el personal de LMI reside en una sección censal elegible con al menos un 70 por ciento de personas de ingresos bajos a moderados (vea *acs-bajo-moderado-resumen de datos*). **Se requiere que todo negocio complete el Formulario de Datos del Participante (Apéndice A.1) para demostrar que cumple con el requisito de LMI.** Necesitará la información recopilada de este formulario para completar la Tabla de empleados.

TABLA DE EMPLEADOS

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

	Nombre del empleado	Título de Puesto	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 en ingresos. Si ninguno de los dos aplica, use N/A
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de información en este documento no garantiza ningún otorgamiento de fondos de la Ciudad de Rialto ni constituye un compromiso financiero. Los fondos de subvención están sujetos a las limitaciones de financiación federales y locales aplicables y a la verificación de la Ciudad de Rialto de los diversos requisitos de elegibilidad.

SECCIÓN A.2-COMPLETAR SOLO SI LOS FONDOS DE LA BECA SE UTILIZARÁN PARA CREAR EMPLEOS

Si el negocio tiene la intención de utilizar los fondos de la beca para crear empleos, envíe los siguientes documentos. 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 Para Presentar:

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

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de información en este documento no garantiza ningún otorgamiento de fondos de la Ciudad de Rialto ni constituye un compromiso financiero. Los fondos de subvención están sujetos a las limitaciones de financiación federales y locales aplicables y a la verificación de la Ciudad de Rialto de los diversos requisitos de elegibilidad.



Autocertificación CDBG de Ingresos Anuales Por Beneficiario

Impreso En:

Fecha De Entrada En Vigor:

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 la determinación de 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"/> o Formulario 1040 del IRS	<input type="checkbox"/> o 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 Aellidos:	Dísmos de Miembro (si procede):	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 SEGUNDA PÁGINA

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

Firma	Nombre impreso	Fecha
--------------	-----------------------	--------------

**OTROS ADULTOS
BENEFICIARIOS***

Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha

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

ADVERTENCIA: La información proporcionada en este formulario está sujeta a una 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 hacer una falsa a sabiendas y voluntariamente. o

Hoja 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 de la Ley Robert T. Stafford de Ayuda en Casos de Desastre y Asistencia de Emergencia 1 (42 U.S.C. 5155) y de acuerdo con la sección 1210 de la Ley de Reforma de Recuperación de Desastres de 2018 (división D de la Ley Pública 115–254; 132 Stat. 3442), que enmendó la sección 312 de la Ley Robert T. Stafford de Ayuda en Casos de Desastre y Asistencia de Emergencia (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 mayor que la necesidad total. Por esta razón, HUD y sus las entidades que reciben las becas deben coordinarse con otras agencias federales que brindan asistencia para evitar la duplicación de beneficios (DOB). Las entidades que proporcionan las becas deben realizar una revisión individualizada de cada solicitante para determinar que la cantidad de asistencia no causará una duplicación de beneficios al exceder las necesidades del solicitante.

Nombre del solicitante:	Cantidad solicitada:
--------------------------------	-----------------------------

Dirección de la propiedad:	\$
-----------------------------------	-----------

Fuente de fondos para el trabajo de elevación	Cantidad de Beca (para elevación)	Documentación	Verificación de la beca
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 recibidos no pertenecientes a la ciudad de Rialto	\$		
i. Cantidad total necesaria	\$		
j. Necesidad insatisfecha de trabajo de elevación <i>Cantidad necesaria (i) – Fondos recibidos no pertenecientes a la ciudad de Rialto (h) = Necesidad insatisfecha</i>	\$		
k. Cantidad del Programa de Becas para negocios 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 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, compañías de seguros o cualquier entidad pública o privada con el fin de garantizar que la empresa no ha recibido dinero que duplique de las posibles becas para pequeñas empresas recibidas.

Nombre:	Fecha:
----------------	---------------

Después de que la duplicación de beneficios se haya ejecutado completamente y se haya verificado toda la información:

Administrador de becas:	Fecha:
Administrador de Supervisión y Cumplimiento:	Fecha: