



U.S. Small Business Administration
Formato de Información de Consejería

OMB Aprobado No.:3245-0324
Fecha de expiración: 11/30/2010

Número de cliente:
Código de ubicación:
Iniciales del que ingresa los datos:

- 1. Nombre de la oficina que provee el servicio
1a. Tipo de cliente:
2. Ciudad/Estado de ubicación de la oficina

PART I: SOLICITUD DE ASESORAMIENTO

3. Nombre del cliente (de la persona que completa el formato / representante del negocio)
4. Email
5. Teléfono: Primario: Secundario:
6. Fax
7. Dirección /PO Box (del negocio si está actualmente en negocios)
8. Ciudad
9. Estado
10. Código Postal
+4

11. Yo solicito el servicio de asesoría en negocio de la Administración de pequeños negocios o de uno de sus asociados. Estoy de acuerdo en cooperar si fuera seleccionado para participar en encuestas diseñadas para evaluar los servicios de la Administración de pequeños negocios.

12. Día y hora preferida para la cita
13. Firma del cliente
Día:

PART II: INFORMACIÓN DEL CLIENTE (a ser completado por todos los clientes)

14. Raza (marque una o mas)
15. Etnicidad
16. Genero
17. Se considera usted una persona con alguna discapacidad?

18. Servicio militar
18a. Estatus Militar

19. ¿Que lo llevó a contactarnos? (marque todas las que apliquen)

20. ¿Está usted actualmente en negocios?
21. Nombre del negocio

22. Tipos de negocios (seleccione la categoría primaria)

23. ¿Propiedad del negocio: Qué porcentaje de su negocio es propiedad masculina o femenina?
24. Mes y año que empezó el negocio:
25. Usted conduce el negocio online?
26. ¿Es un negocio basado en su hogar?
26a. ¿Está usted certificado 8(a)?

27. Número total de empleados (a tiempo completo y tiempo parcial)
28. Para el año completo más reciente del negocio, cuáles fueron sus:
29. ¿Cual es la estructura legal de su negocio?

30. ¿Cual es la naturaleza de la asesoría que usted esta buscando?(Seleccione una categoría primaria)

Describe la asistencia específica que requiere en el espacio que se provee:



**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

**Numero de Personas en la casa:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (solo miembros de la familia)  
Adultos (18+)      Niños

**Ingresos Individual:** \$ \_\_\_\_\_ cada año

**Ingresos familiar:** \$ \_\_\_\_\_ cada año

**Situación Laboral:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo en su negocio        | <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial aparte de su negocio. |
| <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial en su negocio         | <input type="checkbox"/> Sin empleo/Desempleado                        |
| <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo afuera de su negocio | <input type="checkbox"/> Jubilado                                      |
|  | <input type="checkbox"/> Ama de casa desempleada                       |

**Nivel de Educación:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria                              | <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional / 2 años estudio universitario |
| <input type="checkbox"/> Secundaria/Bachiller/Preparatoria/GED | <input type="checkbox"/> 4 años de universidad/Bachillerato                |
|  | <input type="checkbox"/> Maestría/Doctorado                                |

**Estado Civil:**

- |                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero/a  | <input type="checkbox"/> Divorciado/a |
| <input type="checkbox"/> Casado/a   | <input type="checkbox"/> Viudo/a      |
| <input type="checkbox"/> Separado/a | <input type="checkbox"/> Unión Libre  |

**Usted recibe asistencia pública ? (e.g., TANF, food stamps, AFDC)**       Sí \_\_\_\_\_  No  
Cuál

**Usted tiene seguro de salud?**     Sí     No

**Su negocio provee Seguro de Salud para sus empleados?**     Sí     No     N/A

**Su idioma principal?** \_\_\_\_\_

**Pais de nacimiento del propietario del negocio:** \_\_\_\_\_

Usted tiene estatus de refúgiado o asilado?     Sí     No

**Describe el negocio (producto/servicio) le gustaría empezar/expandir? Por qué?**

\_\_\_\_\_

**Qué tipo de asistencia busca?**

\_\_\_\_\_

**Quisiera recibir nuestro boletín por correo electrónico?**     Sí     No

**FOR OFFICIAL USE ONLY: \*\*\*If client exports provide SBA Form 641 pg. 3, Appendix A**

Individual IL (circle one): Very Low, Low, Other      Household IL (circle one): Very Low, Low, Other

Business Status (circle one): Pre-start-up, Start-up (up to 6 months), Existing (6+ months)

Type of service provided: (e.g., business plan, financing, legal, etc.) \_\_\_\_\_

Counseling time: \_\_\_\_\_ hr \_\_\_\_\_ min

Referred client to: \_\_\_\_\_