



Counseling Information Form

Alabama Small Business Development Consortium

1. Nombre del SBDC _____ 2. Ciudad/Estado del SBDC _____

PARTE I: SOLICITUD DEL CLIENTE PARA ASESORAMIENTO *(La persona solicitante debe completar esta forma)*

3. Nombre del Cliente <i>(Apellido, Primer Nombre, Inicial)</i>		4. Dirección electrónica (e-mail)	
5. Numero de Teléfono <i>Personal/Negocio</i> _____ <i>Celular</i> _____		6. Numero de Fax	
7. Dirección	8. Ciudad	9. Estado	10. Código Postal
<p>11. Yo solicito asesoramiento en el manejo de mi negocio a la Administración de Pequeños Negocios (SBA) o al SBA socio de recursos. Yo estoy de acuerdo en participar si soy seleccionado para contestar la encuesta para evaluar los servicios de asistencia del SBA. Yo autorizo a SBA y/o sus agentes el uso de mi nombre y domicilio para las encuestas del SBA y para información enviada por correo referente a los productos y servicios del SBA (SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>). Yo entiendo que la información proporcionada será tratada en forma confidencial. (SBA no proporcionara ninguna información a entidades comerciales.) Yo autorizo a SBA para proporcionar la información relevante al consejero(s) asignado. Yo entiendo que el(los) consejero(s) han acordado: 1) no recomendar servicios o bienes en el cual tengan interés personal. 2) no aceptar comisiones o pagos por el asesoramiento. En consideración a la asistencia en la administración o del asesoramiento técnico, yo desisto de todo derecho contra el personal de SBA o de sus asociados y de las organizaciones patrocinadoras derivado del resultado de su asesoramiento. Nota: El tiempo estimado para completar esta forma es de 3 minutos. Usted no esta obligado a contestar ningún tipo de formas a menos que la forma muestre el número aprobado del OMB. Puede enviar sus comentarios a la oficina de la Administración de Pequeños Negocios a la siguiente dirección: U.S. Small Business Administration, 409 3rd Street, SW, Washington, DC 20416, a la oficina del: Desk Officer SBA, Office of Management and Budget, New Executive Office Building, Room 10202, Washington, D.C., 20503. OMB Aprobada (3245-0324). POR FAVOR NO ENVIE LAS FORMAS A LA OFICINA DE ADMINISTRACION Y PRESUPUESTOS (OMB)</p>			
12. Firma del Cliente		13. Fecha:	

PARTE II: INFORMACIÓN GENERAL DEL CLIENTE *(para ser contestado por todos los Clientes)*

14. Raza <i>(marque una sola o todas las que apliquen)</i> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Mulato o Americano Africano <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco	15. Origen <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No es Hispano	16. Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	17. ¿Se considera usted una persona discapacitada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
18. Servicio Militar <input type="checkbox"/> No Veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Veterano Discapacitado en Servicio	18a. Esta usted en la Reserva Militar <input type="checkbox"/> Miembro de la Reserva o del La Guardia Militar <input type="checkbox"/> Activo en el Servicio Militar		
19. Que fue lo que lo motivo para comunicarse al SBDC? <i>(marque todas las casillas que apliquen)</i> <input type="checkbox"/> SBA <input type="checkbox"/> Cámara de Comercio <input type="checkbox"/> Referido por otro Cliente <input type="checkbox"/> Banco <input type="checkbox"/> Colegio/Universidad <input type="checkbox"/> Seminario de Entrenamiento <input type="checkbox"/> Media-TV/Radio <input type="checkbox"/> Local Economic Co. <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Internet	19a. SBA Cliente Status Ha aplicado o tiene la intención de aplicar alguno de los siguientes programas de SBA? <input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Surety Bond (Contratos) <input type="checkbox"/> Programa del 8(a) <input type="checkbox"/> COC – Certificado de Competency		
20. Es propietario el cliente de algún negocio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	21. Nombre del Negocio <i>(si lo sabe)</i>		
22. Domicilio Físico del Negocio	23. Ciudad	24. Estado	25. Código Postal <i>(+4 si lo sabe)</i>
26. Tipo de Negocio <i>(escoja la categoría principal)</i> <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Productor/Manufactura <input type="checkbox"/> Comercio al por mayor <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Profesional, Científico, o Servicios Técnicos <input type="checkbox"/> Servicios (otro no listado) <input type="checkbox"/> Agricultura	Descripción de los productos/servicios:		
	27a. NAICS	27b. SIC	27c. HS
28. Propietario del Negocio. Cual es el genero del propietario del negocio? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Los propietarios son hombre y mujer	29. Mes y Año de iniciación del negocio?	30. Usted realiza negocios por internet <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	31. Esta su negocio establecido en su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
32. Numero Total de Empleados <i>(tiempo completo o medio- tiempo)</i>	33. Cual es la entidad legal establecida de su negocio? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Corporacion <input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada <input type="checkbox"/> S-Corporacion <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____		
34. Categoría Especial de Clientes de SBDC /CATS "User Defined Fields" <i>(Marque todos los que apliquen)</i>			
<input type="checkbox"/> Bid Match Cliente <input type="checkbox"/> Contratista de Base Militar <input type="checkbox"/> Empleado de Base Militar <input type="checkbox"/> Technology Client (SBIR/STTR)	<input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> HUB Zone <input type="checkbox"/> Empowerment Zone <input type="checkbox"/> Gulf Coast Disaster		