

**Solicitud de Asesoramiento**

Centro de Desarrollo de Negocios Pequeños de los Colegios Comunitarios de Maricopa  
 2400 N. Central Ave., Suite 104, Phoenix, Arizona 85004  
 Teléfono: (480) 784-0590 Fax: (602) 230-7989



# Cliente:

Apellido		Nombre			Inicial
Nombre del Negocio			Título		
Dirección		Ciudad	Estado <b>AZ</b>	Código Postal	Condado <b>Maricopa</b>
Dirección Postal (Si es diferente de la anterior)		Ciudad	Estado <b>AZ</b>	Código Postal	Condado <b>Maricopa</b>
Teléfono de Oficina	Número de Fascímil	Número de Celular	Correo Electrónico		
Teléfono de Casa	Otro Teléfono		Página del Internet:		

¿Ha sido usted cliente de SBDC anteriormente? **No** Sí, ¿qué año? \_\_\_\_\_

¿Localización? \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó de nuestro servicio de consejería?

- |                                     |  |  |   |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Amigo(a)        | <input type="checkbox"/> Bancos            | <input type="checkbox"/> Correo             |
| <input type="checkbox"/> Radio      | <input type="checkbox"/> SBA             | <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas | <input type="checkbox"/> Cámara de Comercio |
| <input type="checkbox"/> Periódico  | <input type="checkbox"/> Cliente de SBDC | <input type="checkbox"/> Otro              |   |

**Tipo de Negocio:**  Venta al Por Menor Servicio  Venta al Por Mayor  Manufactura  Construcción

**Favor de describir su negocio o idea de negocio:** \_\_\_\_\_

¿Está operando su negocio? No, ¿cuándo planea comenzar?  
 Sí, ¿cuándo comenzó su negocio? ¿# de empleados? \_\_\_\_\_ Ventas anuales?

Veterano	Raza	Origen Étnico	Sexo	Business Ownership Gender
<input type="checkbox"/> No es Veterano	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska			
<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Origen Hispánico	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Veterano de Vietnam	<input type="checkbox"/> Áfrico-americano	<input type="checkbox"/> No Hispánico	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Veterano Incapacitado	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas Pacíficas			<input type="checkbox"/> Masculino/Femenino
	<input type="checkbox"/> Blanco			

<b>Durante los pasados dos años, usted ha recibido:</b>	<b>Cliente del SBA:</b>	<b>COC</b>
Asistencia para Familias con Hijos Dependientes Yes <b>No</b>	Prestatario	Pagaré Garantizado
Asistencia Temporera para Familias Necesitadas (TANF)? Yes <b>No</b>	Solicitante	Cliente 8(a)

**Describa los puntos y clase de ayuda que usted necesita de SBDC:** \_\_\_\_\_

Por el presente solicito asesoramiento de la Administración de Pequeños Negocios de E.U. (U.S. Small Business Administration) por medio del Centro de Desarrollo de Negocios Pequeños. De ser aceptado me comprometo a participar en las encuestas designadas a evaluar los servicios de asistencia del SBA. Autorizo al SBA a brindar toda la información al consejero encargado de mi caso. Tengo presente que dicha información será mantenida en estricta confidencia por dichas personas. También he sido informado que los asesores no van a: (1) recomendar bienes o servicios de fuentes en las cuales tengan intereses. (2) recibir gratificaciones o comisiones como resultado de esta asesoría. En consideración a la asesoría brindada por el Asesor, me eximo de cualquier reclamo que pueda hacerse en relación a este asesoramiento de la SBA, y las instituciones conectadas con dicha institución, y a otros Asesores de Recursos de la SBA.	Consejero:	
	Fecha:	Hora:
	Localización:	
	Cita hecha por: Fecha en que la cita fue hecha:	

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_