



Programa de Desarrollo Laboral
Proyecto de Capitalización de Negocios
Solicitud de Servicios

Número de caso _____

Nombre del Individuo o Negocio		Nombre del Propietario del Negocio	
Dirección Física:			
Dirección Postal:			
Teléfono:		Correo electrónico:	
Tipo de Negocio:		Seguro Social Patronal:	
Fecha de inicio de operación del negocio:			
¿Su negocio está operando actualmente? Sí _____ No _____		Volumen del negocio:	
Cantidad de Empleados _____		\$ _____	
¿Cómo se enteró de la disponibilidad de los fondos? ___ Periódico ___ Radio ___ Facebook ___ Twitter _____ TV ___ Amigo ___ Otros: _			
Descripción breve de los daños causados a su negocio por los huracanes Irma y/o María:			
¿Usted hizo alguna reclamación al seguro? Sí _____ No _____ si contestó sí, favor explicar			
¿Ha recibido asistencia de otros fondos federales o estatales? Sí _____ No _____ si contestó sí, favor explicar			
Uso propuesto para los fondos solicitados:			
Certifico que la necesidad que presento, el uso propuesto para los fondos solicitados no ha sido satisfecho por ningún seguro y/o programa estatal o federal. De la misma forma, me obligo a entregar todos los documentos que se me requieren dentro de los próximos diez (10) días laborables siguientes a la firma de esta Solicitud de Servicio. De no hacerlo así, entiendo se decomisará mi solicitud. De mantener el interés, debo iniciar el proceso nuevamente.			
Firma del Propietario o Personal Autorizado		Fecha:	
Uso oficial			
Observaciones			

Firma Personal Autorizado DDEC-PDL

Fecha

* Somos un Patrono/Programa con igualdad de oportunidades. Servicios de apoyo y auxiliares están disponibles para personas con impedimentos que así lo soliciten.
* Proyecto sufragado con fondos federales bajo la Ley de Oportunidades y de Innovación en la Fuerza Laboral, "WIOA".
* La otorgación de los fondos están regulados por el Gobierno Federal, el incumplimiento de las normas establecidas conlleva una penalidad.
* Sujeto a disponibilidad de fondos.