PARTE II - PROPIETARIOS Y GERENTES DE LA TIENDA

9. ESTRUCTURA LEGAL DEL NEGOCIO - Marque un solo tipo:

- Un solo propietario (1) Corporación privada (3) Cooperativa
 Sociedad (2) Corporación pública (4) Gubernamental

• ¿Esta tienda es una franquicia?
 Sí No

10. IDENTIFICACION DEL PROPIETARIO

A. NOMBRE Y DIRECCION DEL NEGOCIO SI ES DISTINTA A LA PAGINA 1 (por ejemplo, la compañía matriz o de franquicia.)

Nombre del Negocio _____ Apartado Postal _____
 Calle y Número _____ Estado: | | | Código Postal | | | | | - 1 1 1 1 |
 Ciudad _____

B. NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS Y DIRECCIONES RESIDENCIALES - No incluya esta información para corporaciones públicas. Anote la información solicitada a continuación para empresas con un solo propietario, sociedades, accionistas principales de corporaciones privadas u oficiales de una cooperativa. Incluya o los cónyuges en estados con sociedad de bienes gananciales, incluya en esta solicitud la misma información para un máximo de dos personas más. ESCRIBA LOS NOMBRES EXACTAMENTE COMO APARECEN EN LA TARJETA DEL SEGURO SOCIAL ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS/OFICIALES EN EL ORDEN DE PRIORIDAD QUE DESEA RECIBIR CORREO/CORRESPONDENCIA DE ADSEF.

SE LE PODRA SOLICITAR QUE VERIFIQUE LOS NUMEROS DE SEGURO SOCIAL

1. Nombre _____ Apellido(s) _____ Título _____
 Número de Seguro Social | | | | | -- | | | | | | | | | Fecha de Nacimiento: Mes | | | Día | | | Año | | | | |
 Calle y Número _____ Apartado Postal _____
 Ciudad _____ Estado: | | | Código Postal | | | | | - 1 | | | | |

2. Nombre _____ Apellido(s) _____ Título _____
 Número de Seguro Social | | | | | -- | | | | | | | | | Fecha de Nacimiento: Mes | | | Día | | | Año | | | | |
 Calle y Número _____ Apartado Postal _____
 Ciudad _____ Estado | | | Código Postal | | | | | -- | | | | |

3. Nombre _____ Apellido(s) _____ Título _____
 Número de Seguro Social | | | | | -- | | | | | | | | | Fecha de Nacimiento: Mes | | | Día | | | Año | | | | |
 Calle y Número _____ Apartado Postal _____
 Ciudad _____ Estado: | | | Código Postal | | | | | - 1 | | | | |

11. IDENTIFICACION DEL GERENTE DE LA TIENDA - Nombre la persona con la responsabilidad principal de las operaciones diarias en la tienda.

Nombre _____ Apellidos(s) _____
 Nombre del Gerente de Distrito para Cadenas de Tiendas: Nombre _____ Apellido(s) _____

PARTE III - OPERACIONES Y VENTAS DE LA TIENDA

12. ¿ESTA TIENDA ABRE TODO EL AÑO? De no ser así, indique abajo los meses en que la tienda no está operando. Q Sí U No
 Enero (01) Abril (04) Julio (07) Octubre (10)
 Febrero (02) Mayo (05) Agosto (08) Noviembre (11)
 Marzo (03) Junio (06) Septiembre (09) Diciembre (12)

13. ¿ESTA TIENDA ABRE 24 HORAS AL DIA? U Sí UNO =
 De no ser así, ¿cuáles son las horas de operación de la tienda? indique abajo los DÍAS y las HORAS.
 (L) de a (K) de a (M) de a (J) de a
 (V) de a (S) de a (D) de a

14. ¿CUANTAS PERSONAS TRABAJAN EN LA TIENDA, EN CUALQUIER CAPACIDAD? Número: | | |
 (Incluyendo los que reciben paga y los que no, a tiempo completo o parcial, propietarios y familiares.)

15. ¿CUANTAS CAJAS REGISTRADORAS TIENE LA TIENDA? Número]
 ¿Alguna de estas cajas tiene LECTORES DIGITALES (SCANNERS)? O Sí, O No
16. ¿ESTA TIENDA ESTA AUTORIZADA POR EL ESTADO PARA ACEPTAR VALES DEL PROGRAMA "WIC" O CHEQUES DEL BANCO PARA PAGAR POR ALIMENTOS SUPLEMENTARIOS PARA MUJERES, NIÑOS E INFANTES? O Sí O No
- De ser así, ¿cuál es su número de identificación como vendedor del Programa "WIC"? | | | | | | | | | | | | | | | |
- De no ser así, ¿se le ha denegado o se ha descalificado a la tienda de su participación en el "WIC"? O Sí O No
- Si este es el caso, anexe una explicación escrita dando la fecha en que fue descalificado o denegado y las razones para ello.

17. BANCO DONDE DEPOSITARA LOS FONDOS DEL PAN

Banco _____
 Sucursal _____
 Dirección física (Calle y número) _____
 Ciudad _____ Estado Código Postal | | | | | | | | | | | | | | | |
 Número de teléfono del Banco _____ Código de Área Número - -

18. MARQUE EL TIPO DE INVENTARIO Y SERVICIOS EN ESTA TIENDA QUE NO SON ALIMENTOS (Marque todas las que apliquen):
☐ Gasolina	☐ Billetes de Lotería	☐ Ropa	☐ Productos de tabaco
☐ Aceite de motor	☐ Cerveza/Vino	☐ Equipo para Exteriores	☐ Otros Servicios. ¿Cuáles son?
☐ Artículos para el hogar	☐ Licor	☐ Ferretería	(ruegos, videos, farmacia, etc.)
☐ Comidas calientes	☐ Piezas de Auto		Identifique:

19. MARQUE LA CATEGORIA Y CIRCULE EL INVENTARIO DE ALIMENTOS BASICOS EN EXISTENCIA EN ESTA TIENDA. (Los artículos de alimentos básicos no incluyen dulces, condimentos, especias, café, té, cacao, bebidas carbonatadas o no carbonatadas). Los alimentos básicos incluyen, pero no se limitan a:
☐ Par., productos horneados, arroz, pasta, cereal, papitas, Galletas, dulces, galletas saladas, etc.	☐ Huevos
☐ Productos lácteos (leche, queso, mantequilla, yogur, etc.)	☐ Comidas enlatadas/congeladas%empacadas (incluyendo Jugos 100%)
☐ Productos frescos (frutas, vegetales)	☐ Pescado/Mariscos
☐ Aves (pollo, pavo, etc.)	☐ Comes (res, cerdo, ternera, cabrito, etc.)

20. CIFRAS DE VENTAS: Usted puede estimar las ventas a base de los recibos para un periodo de operaciones como puede ser una semana, un mes o más de un mes, o las ventas del propietario anterior. MARQUE ABAJO
- A. INDIQUE EL MÉTODO QUE ESTA USANDO PARA REPORTAR LAS VENTAS BRUTAS: (Reporte ventas estimadas únicamente si no tiene cifras de ventas reales para el periodo de los últimos 12 meses). Convierta todos los estimados a un total de 12 meses. Si lo tienda aún no ha abierto, calcule las ventas aproximadas. Se le podrá requerir que someta evidencia de ventas. Se le podrá solicitar que actualice la información cuando estén disponibles las cifras de ventas reales. Marque el encasillado correspondiente. MÉTODO PARA REPORTAR VENTAS BRUTAS:
- Ventas Brutos Anuales Reales O
 Ventas Brutas Anuales Estimadas

ANUALES BRUTAS AL DETAL Y AL POR MAYOR EN ESTA LOCALIZACIÓN, SEGUN LE FUERON REPCRTADAS AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA EN LA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS.

A. AÑO FISCAL Si se reportó con el método de ventas brutos reales para esta localización anote el año en el cual se reportaron estas ventas el Departamento de Hacienda y escriba el total de todas las ventas al detal y al por mayor en esta localización. Año

\$ | | | | | | | | | | | | | | | | .00

B. TOTAL ELEGIBLE EN VENTAS ANUALES DE ALIMENTOS AL DETAL (Incluyendo efectivo, crédito, y beneficios de asistencia nutricional.)

• No incluya comidas calientes, tabaco, bebidas alcohólicas, artículos que no sean alimentos tales como productos de papel y limpieza o ventas al por mayor. Está puede ser una cifra estimado. | | | |

22. ¿OPERA USTED UNA FIRMA MAYORISTA Y DETALLISTA EN LA MISMA LOCALIZACIÓN? O Sí O NO
- Si la respueste es que Sí, llene el A y el B.
- A. El total anual de ventas brutas al detal es: \$
- B. El total anual de ventas brutas al por mayor es: | | | |
- C. Porcentaje de ventas al por mayor. |