



# Iniciativo de Jardinería Económica de Longmont

## Aplicación Para Servicios

Por favor entregue a: LEGI Program, Civic Center Complex  
350 Kimbark St., Longmont, CO 80501

Nombre del negocio _____	Nombre del contacto _____
Dirección _____	Título del contacto _____
_____	Número de Teléfono del Negocio _____
Longmont CO Código Postal _____	Número de Fax del Negocio _____
Sito de Internet _____	Correo Electrónico _____
Num. De Licencia de impuestos de Longmont _____	Año en que se fundo el Negocio _____

<b>Tipo de Negocio:</b>	<b>Estructura Legal:</b>	<b>Información sobre el dueño:</b>
Minorista _____ Fabricante _____	C-Corp _____	Hombre _____ Mujer _____
Servicio _____ Construcción _____	S-Corp _____	¿Deshabilitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mayorista _____ Otro _____	LLC _____	¿Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Código NAICS _____	Sociedad _____	¿Veterano Deshabilitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Propietario Único _____	

Ventas Anuales \$ _____	¿Operado por el dueño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un Plan de Negocio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Num. de empleados _____	¿Operado del hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Califica por estatus 8A? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
(Incluso el dueño)	¿Franquicia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Prefiere Español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Descripción del negocio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe Metas del negocio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe el actual estatus y crecimiento del negocio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría obtener de su participación en el programa LEGI? \_\_\_\_\_

El iniciativa de Jardinería Económica de Longmont (LEGI) tratara toda información recibida de participantes de manera confidencial. Hasta la máxima capacidad de la ley, no revelaremos información (ingresos, nuevos productos o estrategias) a otros negocios. Reservamos el derecho de crear un resumen de los servicios que hemos proveído a participantes para reportes mensuales al Administrador Municipal y el Concilio Municipal. Por favor de avisar si tiene alguna preocupación sobre nuestra póliza de confidencialidad.

Firma del aplicante _____	Internal Use Only:
Nombre / Título _____	Intake _____
Fecha _____	Initial Assessment _____