

Self-Employment Assistance Program Unit
Harriman State Office Campus
Building 12, Room 226
Albany, NY 12240-0001

**Programa de Asistencia para Empleo por Cuenta Propia
(Self-Employment Assistance Program, SEAP)
Estrategia Empresarial**

Instrucciones: El objetivo de este formulario es ayudarlo a crear un esquema para desarrollar su plan de negocios. Si necesita más espacio, puede adjuntar más hojas. Examine sus respuestas con su consejero de negocios. El consejero debe llenar la Parte VII y firmar este documento. Si no está trabajando en la empresa que aparece en su solicitud de SEAP, debe informarlo a la Unidad del SEAP llamando al (518) 485-1597.

Envíe este formulario en línea a través de: www.labor.ny.gov/signin.

1. Inicie sesión en su cuenta de servicios en línea.
2. Haga clic en el icono del sobre que figura en la parte superior derecha para crear un nuevo mensaje.
3. Seleccione "SEAP – Submit Benchmark Forms" en la primera línea del asunto de su mensaje.
4. Ingrese el nombre del formulario en la segunda línea del asunto.
5. No adjunte más de un formulario a su mensaje.

También puede enviar el formulario por fax al (518) 402-6586 o por correo a la dirección que aparece arriba. Si lo envía por fax, **no** envíe el original. Si no recibimos este formulario a más tardar en la fecha límite, no será elegible para recibir los beneficios de SEAP desde la fecha límite hasta la fecha en que se reciba el formulario.

Nombre: _____ Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social:

--	--	--	--

Nombre de la empresa (si aplica): _____

Número de teléfono de la empresa (si está disponible): (____) _____

Parte I: Establecimiento del Negocio

1. ¿Qué productos o servicios ofrecerá? _____

2. ¿En dónde estará ubicado su negocio? _____

Parte II: Estrategia de Mercadeo

1. ¿Quiénes son sus clientes potenciales? _____

2. ¿Cómo va a hacer publicidad de sus bienes o servicios? _____

3. ¿Quiénes son su competencia? _____

4. ¿Qué ventaja tiene sobre su competencia? _____

Parte III: Proveedores y Consultores

1. Enumere los posibles proveedores de los bienes y servicios que necesita para operar su negocio.

Bienes	Servicios	Nombre del proveedor	Costos iniciales
		Costos totales	

2. Enumere los profesionales/consultores que necesita para poner en marcha su negocio.

Servicio profesional (Sea específico)	Nombre	Dirección
Abogado		
Contador		
Agente de seguros		
Otro (especifique)		

Parte IV: Licencias, Permisos y Acuerdos

Enumere las licencias, los permisos y/o los acuerdos que necesitará.

Licencia, Permiso o Acuerdo	¿Hay algún cargo?			Período de espera	Comentarios
	No	Sí	Costo		

Parte V: Información Financiera

A. Estado Financiero Personal

Las instituciones financieras regularmente solicitan información sobre sus finanzas personales. Las siguientes tablas tienen como objetivo ayudarle a organizar esa información. Los formatos específicos y los tipos de información solicitados pueden variar según la institución financiera o consejero de negocios, y pueden variar de las categorías presentadas en estas tablas. El Departamento de Trabajo no compartirá ni divulgará esta información a ninguna parte externa.

Incluya solamente los activos y los pasivos a nombre propio. No incluya información comercial. Todos los activos deben incluirse, independientemente de si están pagados o no. El monto de los activos es el monto que recibiría si los vendiera por efectivo. Los pasivos son las deudas de las cuales usted es responsable (dinero que debe).

Activos	
Activo específico	Monto
Efectivo disponible	\$
Cuentas corrientes	
Cuentas de ahorro	
Certificados de depósito	
Valores (acciones, bonos, fondos mutuos)	
Seguro de vida (valor de rescate en efectivo)	
Propiedad personal (autos, joyas, etc.)	
Fondos de jubilación (p. ej., IRA, 401K)	
Bienes raíces (valor de mercado)	
Otros activos (especifique)	
Total de activos	\$

Pasivos	
Pasivo específico	Monto
Deuda actual (tarjeta de crédito, cuentas)	
Pagarés (préstamos)	
Impuestos por pagar	
Hipotecas de bienes raíces	
Otros pasivos (especifique)	
Total de pasivos	\$
Capital neto (activos menos pasivos)	

1. ¿Cómo financiará su negocio? _____

2. ¿Ha recibido algún préstamo comercial? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el monto del préstamo? \$ _____

B. Costos iniciales estimados

Artículos	Costo
Decoración y remodelación	\$
Accesorios y equipo	
Instalación de accesorios y equipo	
Servicios y suministros	
Costos del inventario inicial	
Honorarios profesionales y legales	
Licencias y permisos	
Depósitos del servicio telefónico y/o servicios públicos	
Seguro	
Rótulos	
Publicidad para la apertura	
Gastos no anticipados	
Otros:	
Total de los costos iniciales	\$

C. Gastos mensuales

Artículos	Costo
Sus costos de vida	\$
Salarios de empleados	
Pagos de alquiler/hipoteca/arrendamiento comercial	
Publicidad	
Suministros	
Servicios públicos	
Seguro	
Impuestos	
Varios	
Total de gastos mensuales	\$

Parte IV: Su análisis

1. ¿Qué tan preparado está para abrir su negocio? _____

2. ¿Qué necesita hacer todavía? _____

3. ¿Cuál es la fecha de apertura estimada? _____

4. ¿Qué ha sido lo más difícil de comenzar su negocio? _____

Certifico que la información anterior es verdadera y fiel y que la información que proporcioné fue revisada por un consejero de negocios.

Firma: _____ Fecha: _____

Parte VII: Análisis del consejero de negocios

1. En su opinión, ¿qué tan preparado está el participante del programa para abrir su propio negocio?

2. ¿Qué otras actividades/tareas es necesario completar? _____

3. Comentarios adicionales sobre la puesta en marcha del negocio del participante: _____

Se necesitan dos sesiones con un consejero de negocios para participar en el programa. Indique dos fechas en las que el participante se reunió con un consejero de negocios. Si tiene alguna pregunta, llame a la Unidad de SEAP al (518) 485-1597.

Fecha de la reunión 1 _____ Fecha de la reunión 2 _____

Firma del consejero de negocios: _____ Fecha: _____

Título del consejero de negocios: _____

Agencia del consejero de negocios: _____

Número de teléfono del consejero de negocios: _____