



B. **DIRECCIÓN POSTAL** – NO LO LLENE SI LA CORRESPONDENCIA SE PUEDE ENTREGAR A LA DIRECCIÓN FÍSICA DEL ESTABLECIMIENTO.

Ruta y Buzón Rural/Apartado Postal \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, Puerto Rico, Código Postal / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. **NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO** Código de Área /\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Número /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Código de Área /\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Número /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO** \_\_\_\_\_

6. **¿CUÁNDO ABRIÓ (O ABRIRÁ) EL ESTABLECIMIENTO PARA OPERAR BAJO EL NUEVO PROPIETARIO?**

Mes /\_\_\_\_/ Día/\_\_\_\_ Año /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. **TIPO DE NEGOCIO – Marque un tipo**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Super Store                   | <input type="checkbox"/> Mercado Agrícola           | <input type="checkbox"/> Mayorista                      | <input type="checkbox"/> Otra Ruta                   |
| <b>Ventas brutas anuales de \$5 millones o más</b>     |   | <input type="checkbox"/> Comisaria Militar              | <input type="checkbox"/> Gasolinera /tiendita        |
| <input type="checkbox"/> Supermarket                   | <input type="checkbox"/> Otras tiendas de alimentos | <input type="checkbox"/> Colmado /Bar                   | <input type="checkbox"/> Colmado /Rest,              |
| <b>Ventas brutas anuales de \$2 millones hasta \$5</b> | <input type="checkbox"/> Tiendita                   | <input type="checkbox"/> Ruta de Leche                  | <input type="checkbox"/> Carnes, pescados, pan, etc. |
| <input type="checkbox"/> Large Grocery                 | <input type="checkbox"/> Tienda General             | <input type="checkbox"/> Ruta de Pan                    |  |
| <b>Ventas brutas anuales de \$1 millón hasta \$2</b>   | <input type="checkbox"/> Puesto de Verduras y       | <input type="checkbox"/> Cooperativa sin Fines de Lucro |  |
| <input type="checkbox"/> Medium Grocery                |   | (para compra y venta de alimentos)                      |  |
| <b>Ventas brutas anuales de \$250 mil hasta \$ 1</b>   | <input type="checkbox"/> Otra Combinación           | <input type="checkbox"/> Comidas Especializadas         |  |
| <input type="checkbox"/> Small Grocery                 |   | (carnes, pescados, pan, etc.)                           |  |
| <b>Ventas brutas anuales igual o menos a \$250 mil</b> |   |   |  |

**PARTE II – PROPIETARIOS Y GERENTES DEL ESTABLECIMIENTO**

8. **ESTRUCTURA LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO** – Marque un solo tipo:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un solo propietario (1) | <input type="checkbox"/> Corporación Privada (3) | <input type="checkbox"/> Cooperativa   | ¿Esta tienda es una franquicia?                         |
| <input type="checkbox"/> Sociedad (2)            | <input type="checkbox"/> Corporación Pública (4) | <input type="checkbox"/> Gubernamental | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

9. **IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO**

A. **NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO SI ES DISTINTA A LA PÁGINA 1** (Por ejemplo, la compañía matriz o de franquicia)

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_

Calle y Número \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado /\_\_\_\_/ Código Postal /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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 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 DE SEGURO SOCIAL. ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS /OFICIALES EN EL ORDEN DE PRIORIDAD QUE DESEA RECIBIR LA CORRESPONDENCIA DE ADSEF.

→ SE LE PODRA SOLICITAR QUE VERIFIQUE LOS NÚMEROS 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 /\_\_\_\_\_/ - /\_\_\_\_\_/Teléfono

Código de Área /\_\_\_\_/Número /\_\_\_\_\_-/\_\_\_\_\_/

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social /\_\_\_\_\_-/\_\_\_\_\_-/\_\_\_\_\_/Fecha de Nacimiento- Mes /\_\_\_\_/Día /\_\_\_\_/ Año /\_\_\_\_/

Calle y Número \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado /\_\_\_\_/ Código Postal /\_\_\_\_\_/ - /\_\_\_\_\_/Teléfono

Código de Área /\_\_\_\_/Número /\_\_\_\_\_-/\_\_\_\_\_/

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social /\_\_\_\_\_-/\_\_\_\_\_-/\_\_\_\_\_/Fecha de Nacimiento Mes /\_\_\_\_/Día /\_\_\_\_/ Año /\_\_\_\_/

Calle y Número \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado /\_\_\_\_/ Código Postal /\_\_\_\_\_/ - /\_\_\_\_\_/

Teléfono Código de Área /\_\_\_\_/Número /\_\_\_\_\_-/\_\_\_\_\_/

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

10. **IDENTIFICACIÓN DEL GERENTE DEL ESTABLECIMIENTO** – Nombre la persona con la responsabilidad principal de las operaciones diarias del establecimiento.

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Mes / \_\_ / Día / \_\_ / Año / \_\_ / \_\_ / \_\_ / Número de Licencia ó S.S \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

### PARTE III – OPERACIONES Y VENTAS DEL ESTABLECIMIENTO

11. **¿ESTE ESTABLECIMIENTO ABRE TODO EL AÑO?** De no ser así, indique abajo los meses en que la tienda no está operando.

( ) Sí ( ) 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)

12. **¿ESTE ESTABLECIMIENTO ABRE 24 HORAS AL DÍA?** ( ) Sí ( ) No

De no ser así, ¿Cuáles son las horas de operación del establecimiento? Indique abajo los DÍAS y las HORAS

( ) (L) de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ ( ) (K) de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ ( ) (M) \_\_\_\_ a \_\_\_\_ ( ) (J) \_\_\_\_ a \_\_\_\_

( ) (V) de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ ( ) (S) de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ ( ) (D) \_\_\_\_ a \_\_\_\_

13. **¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJAN EN EL ESTABLECIMIENTO?** Número / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

(Incluyendo los que reciben paga y los que no, a tiempo completo o parcial, propietario y familiares.)

14. **¿CUÁNTAS CAJAS REGISTRADORAS TIENE EL ESTABLECIMIENTO?**

NÚMERO / \_\_ / \_\_

**¿CUÁNTOS PUNTOS DE VENTAS TIENE EL ESTABLECIMIENTO?**

NÚMERO / \_\_ / \_\_

**¿Algunas de estas cajas tiene LECTORES DIGITALES (“SCANNERS”)?**

( ) Sí ( ) No

15. **¿ESTE ESTABLECIMIENTO ESTA AUTORIZADO POR EL ESTADO PARA ACEPTAR VALES DEL PROGRAMA “WIC” O CHEQUES DEL BANCO PARA PAGAR POR ALIMENTOS SUPLEMENTARIOS PARA MUJERES, NIÑOS E INFANTES?** ( ) Sí ( ) 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”? ( ) Sí ( ) No

Si este es el caso, anexe una explicación escrita dando la fecha en que fue descalificado o denegado y las razones para ello.

16. **PROCESADOR DONDE SE DEPOSITARÁN LOS FONDOS DEL PAN**

Nombre del Procesador \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

Sucursal \_\_\_\_\_

Nombre del contacto \_\_\_\_\_

Dirección física (Calle y número) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado / \_\_ / \_\_ Código Postal / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ - / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Número de teléfono del Procesador      Código de Área / \_\_ / \_\_ / \_\_      Número / \_\_ / \_\_ / \_\_ - / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_



