

Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia ADSEF Oficina de Inspección y Certificación SOLICITUD DE AUTORIZACION DE ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL <i>SOLAMENTE SE PROCESARÁN SOLICITUDES COMPLETAS,</i> <i>INCLUYENDO ANEJOS.</i> Toda solicitud incompleta será devuelta al establecimiento solicitante.	PARA USO DE LA OIC UNICAMENTE Fecha ___/___/___ Número de Autorización /___/___/___/___/___/___/___/___/___ Número de expediente /___/___/___/___/___/___/___/___/___ Firma Autorizada _____
TIPO DE ACCION () AUTORIZACION () DENEGACION	

PARTE I. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO** _____

2. **NOMBRE DE LA CORPORACION** _____

NUMERO DE IDENTIFICACION PATRONAL (NIP) ___/___/___ -- ___/___/___/___/___/___/___ Si el establecimiento tiene uno, escriba en NIP que usa para reportar la información contributiva al Departamento de Hacienda.

Si el NIP está bajo un nombre comercial que no es el del establecimiento, escriba el nombre del negocio que tiene el NIP asignado. _____

Si no tiene Número de Identificación Patronal (NIP) y reporta los impuestos del establecimiento al Departamento de Hacienda bajo el Número de Seguro Social (NSS) de uno de los propietarios, escriba el nombre del propietario cuyo NSS se usa para reportar los impuestos del establecimiento _____ NSS ____ - ____ - ____ .

3. **NUMERO DE AGENTE RETENEDOR EN EL CERTIFICADO DE REGISTRO DE COMERCIANTE (HACIENDA)**

4. **DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO**

A. UBICACIÓN FISICA

Número del establecimiento o puesto _____ (cuando hay más de un establecimiento con la misma dirección.)

a. Calle y Número _____

Municipio _____ Puerto Rico, Código Postal /___/___/___/___/___/___/___

(Si es un agricultor y posee más de una finca añadir las direcciones)

b. Calle y Número _____

Municipio _____ Puerto Rico, Código Postal /___/___/___/___/___/___/___

Aneje una descripción de cualquier otra dirección que pueda tener esta tienda en la misma localización (por ejemplo, si tiene entrada por otra calle o la calle tiene varios nombres y proporcione cualquier ruta de entrega o ruta si es un puesto rodante.) Aneje también, direcciones para la intersección más cercana que ayude a localizar el establecimiento.

5. **DIRECCION POSTAL**

Ruta y Buzón Rural/Apartado Postal _____

Ciudad _____ Puerto Rico, Código Postal /___/___/___/___/___/___/___

6. **NUMERO DE TELEFONO DEL ESTABLECIMIENTO**

Código de Área /___/___/___/___/___/___/___ **Número** /___/___/___/___/___/___/___

Código de Área /___/___/___/___/___/___/___ **Número** /___/___/___/___/___/___/___

7. **DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO DEL ESTABLECIMIENTO** _____

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

() Un solo propietario () Corporación privada () Cooperativa () Sociedad () Corporación Pública () Gubernamental

9. ¿ESTO ES UN ESTABLECIMIENTO EN CADENA? Si () No () ¿Esta tienda es una franquicia? () Si () No
Para estos fines, un establecimiento en cadena es UNA DE UN GRUPO DE ONCE O MAS tiendas detallistas identificadas de la misma forma (bajo un dueño corporativo o franquicia.) De ser así, indique el núm. de Unidad de la Cadena. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

A. NOMBRE Y DIRECCION 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 /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

10. ¿CUANDO ABRIÓ (O ABRIRÁ) EL ESTABLECIMIENTO PARA OPERAR BAJO EL NUEVO PROPIETARIO?

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

11. TIPO DE NEGOCIO – Marque un tipo.

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| () Super Store | () Mercado Agrícola | () Mayoristas |
| Ventas brutas anuales de \$5 millones o más | () Puesto de Verduras y Frutas | () Comisaría Militar |
| () Supermarket | () Pescadería | () Gasolinera /tiendita |
| Ventas brutas anuales de \$2 millones hasta \$5 millones | () Carnicería | () Colmado /Rest |
| () Large Grocery | () Ruta de Pan | () Colmado /Bar |
| Ventas brutas anuales de \$1 millón hasta \$2 millones | () Otra combinación | () Cooperativa sin fines de lucro |
| () Medium Grocery | () Otras tiendas de alimentos | (para compra y venta de alimentos) |
| Ventas brutas anuales de \$250 mil hasta \$ 1 millón | | |
| () Small Grocery | | |
| Ventas brutas anuales igual o menos a \$250 mil | | |

PARTE II – PROPIETARIOS Y GERENTES DEL ESTABLECIMIENTO

12. IDENTIFICACION DEL PROPIETARIO

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 OIC - ADSEF.

→ **SE LE PODRÁ 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 _____

13. 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

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

15. ¿ESTE ESTABLECIMIENTO ABRE 24 HORAS AL DÍA? () Si () No

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

() (L) de ____ a ____ () (K) de ____ a ____ () (M) ____ a ____ () (J) ____ a ____

() (V) de ____ a ____ () (S) de ____ a ____ () (D) ____ a ____

16. ¿CUANTAS PERSONAS TRABAJAN EN EL ESTABLECIMIENTO? Número /__/__/__/__/

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

17. ¿CUÁNTAS CAJAS REGISTRADORAS TIENE EL ESTABLECIMIENTO?

NÚMERO /__/__/

¿CUÁNTOS PUNTOS DE VENTAS TIENE EL ESTABLECIMIENTO?

NÚMERO /__/__/

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

() Si () No

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

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

19. 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 /__/__/ - /__/__/__/

MARQUE ABAJO ↓

- A. INDIQUE EL METODO 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 la tienda aun no ha abierto, calcule las ventas aproximadas.

METODO PARA REPORTAR VENTAS BRUTAS

Se le podrá requerir que someta evidencia de ventas. Se le podrá solicitar que actualice la información cuando estén disponibles las cifras de reales. Marque el encasillado correspondiente **Ventas Brutas Anuales Reales () Ventas Brutas Anuales Estimadas ()**

24. VENTAS ANUALES BRUTAS AL DETAL Y AL POR MAYOR EN ESTA LOCALIZACION, SEGÚN LE FUERON REPORTADAS AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA EN LA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS.

- A. **AÑO FISCAL-** Si se reportó con el método de ventas brutas reales para esta localización Año _____
 Anote el año en el cual se reportaron estas ventas al Departamento de Hacienda y escriba el total de todas las ventas reales. Marque el encasillado correspondiente. \$/_____,/_____,/_____.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. Esta puede ser una cifra estimada. \$/_____,/_____,/_____.00

25. ¿OPERA USTED UNA FIRMA MAYORISTA Y DETALLISTA EN LA MISMA LOCALIZACION? () Si () No

Si la respuesta es que Sí, llene el A y el B

- A. El total anual de ventas brutas al detal es: \$/_____,/_____,/_____.00
- B. El total anual de ventas brutas al por mayor es \$/_____,/_____,/_____.00
- C. Porcentaje de ventas al por mayor. /___%

Total de Ventas Anuales al Detal en Alimentos Básicos: \$/_____,/_____,/_____.00

**REQUISITOS NUEVA SOLICITUD Y RENOVACIÓN
 PARA LA CERTIFICACION DE COMERCIOS (TARJETA DE LA FAMILIA)**

Además de los documentos solicitados a continuación para las nuevas solicitudes se requieren tres fotos del establecimiento

- | | | |
|------|--------------------------|--------------------|
| Foto | <input type="checkbox"/> | una de fachada |
| Foto | <input type="checkbox"/> | dos del inventario |

- * 1. Patente Municipal (vigente).
- * 2. Certificación negativa de deuda por concepto del pago de patente municipal.
- * 3. **PERMISO DE USO (copia) (Solicitudes nuevas).** Del mismo no estar a nombre del propietario deberá traer contrato de alquiler o compraventa.
- 4. Declaración Jurada (El dueño o representante hace constar que cumple con los requisitos de un negocio elegible. **(Original -formato provisto por la ADSEF).**
- 5. Certificación Negativa de Antecedentes Penales del dueño (No podrá tener más de 6 meses de emitido).
- 6. Giro por la cantidad de **\$70.00** para certificado **por 2 años.** (A nombre del; secretario de hacienda).
- 7. Identificación con foto.
- 8. Certificación de Agricultor Elegible al Mercado Familiar ADEA – **(Solo para Agricultores)**
- 9. Certificación de Agricultor Bonafide **(Solo para Agricultores)**
- 10. Solicitud **(Solicitudes Nuevas).** En renovación, si ha tenido algún cambio.

CERTIFICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA:

- 11. Certificación negativa de deuda contributiva **personal y/o corporativa** según sea el caso o evidencia de plan de pago y estar al día con el mismo.
- 12. Certificación de radicación de Planillas de contribución sobre ingresos **personal y/o corporativo** de los últimos 5 años según sea el caso.
- 13. **Modelo SC 2781 (De no haber rendido en algún o ningún momento)**
- 14. Planillas de Contribución sobre ingreso **personal y/o corporativo** por los años correspondientes. Prorroga hasta _____

SURI

- * * 15. Certificado Registro de comerciantes **(Hacienda)**
- * * 16. Certificación negativa de Deuda del Impuesto sobre Venta y Uso. (IVU).
- * * 17. Certificación radicación de Planillas del Impuesto sobre Venta y Uso (IVU).
- * * 18. Planilla del Impuesto de Venta y Uso de los tres (3) meses anteriores. (IVU).

