

7. INCLUYA PERMISO DE USO, PATENTE Y OTROS DOCUMENTOS QUE SE SOLICITEN.

► Si no hay copias disponibles de las licencias solicitadas, incluya una explicación.

8. TIPO DE NEGOCIO – Marque un tipo.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Tratamiento Combinado | <input type="checkbox"/> Group Living | <input type="checkbox"/> Otra Combinación |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación y Tratamiento de Alcohol | <input type="checkbox"/> Colmado Pequeño o Mediano | <input type="checkbox"/> Otra Ruta |
| <input type="checkbox"/> Coop.sin Fines de Lucro | <input type="checkbox"/> Gasolinera/ Tiendita | <input type="checkbox"/> Puesto de Verduras y Frutas |
| <input type="checkbox"/> Compra/Venta Alimentos | <input type="checkbox"/> Comidas Naturales Saludables | <input type="checkbox"/> Ruta de Leche |
| <input type="checkbox"/> Buen Provecho | <input type="checkbox"/> Homeless Meal Provider | <input type="checkbox"/> Ruta de Pan |
| <input type="checkbox"/> Battered Women`s Shelter | <input type="checkbox"/> Homeless Restaurant | <input type="checkbox"/> Ruta de Verduras y Frutas |
| <input type="checkbox"/> Colmado/Bar | <input type="checkbox"/> Mayorista | <input type="checkbox"/> Comidas Especializadas |
| <input type="checkbox"/> Comisaría Militar | <input type="checkbox"/> Public or Private Non-Profit Meal Delivery Service | <input type="checkbox"/> Supermercado (ventas brutas anuales de \$1 millón o más) |
| <input type="checkbox"/> Colmado/ Rest. | <input type="checkbox"/> Public or Private Non-Profit Communal Dining Facil | <input type="checkbox"/> Tienda General |
| <input type="checkbox"/> Tiendita | <input type="checkbox"/> Otras Tiendas de Alimentos | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento y Rehabilitación de Adicción de Drogas | | |
| <input type="checkbox"/> Mercado con Puestos Múltiples | | |

PARTE II – PROPIETARIOS Y GERENTES DEL ESTABLECIMIENTO

9. 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"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sociedad (2) | <input type="checkbox"/> Corporación Publica (4) | <input type="checkbox"/> Gubernamental | |

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 _____
Calle y Numero _____ 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 NUMEROS DE SEGURO SOCIAL

- Nombre _____ Apellido(s) _____ Titulo _____
Número de Seguro Social /_/_/_/_/_/-/_/_/_/_/_/-/_/_/_/_/_/_/_/_/ Fecha de Nacimiento Mes/_/_/_/ Día /_/_/_/ Año /_/_/_/_/_/
Calle y Numero _____ Apartado Postal _____
Ciudad _____ Estado /_/_/_/ Código Postal /_/_/_/_/_/_/_/_ - /_/_/_/_/_/
- Nombre _____ Apellido(s) _____ Titulo _____ Nú-
mero de Seguro Social /_/_/_/_/_/-/_/_/_/_/_/-/_/_/_/_/_/_/_/_/ Fecha de Nacimiento Mes /_/_/_/ Día /_/_/_/ Año /_/_/_/_/_/_/_/_/
Calle y Numero _____ Apartado Postal _____
Ciudad _____ Estado /_/_/_/ Código Postal /_/_/_/_/_/_/_/_ - /_/_/_/_/_/
- Nombre _____ Apellido(s) _____ Titulo _____
Número de Seguro Social /_/_/_/_/_/-/_/_/_/_/_/-/_/_/_/_/_/_/_/_/ Fecha de Nacimiento Mes /_/_/_/ Día /_/_/_/ Año /_/_/_/_/_/_/_/_/
Calle y Numero _____ Apartado Postal _____
Ciudad _____ Estado /_/_/_/ Código Postal /_/_/_/_/_/_/_/_ - /_/_/_/_/_/

