City of Santa Clara
The Center of What's Possible

小型商业
救助金计划

介绍

为减轻 COVID-19 对圣克拉拉市小型商业及其雇工的影响，圣克拉拉市已承诺提供高达 50 万美元的一次性资金，以创建“小型商业救助金计划”。

该计划的目的是与圣克拉拉市独资经营的小商家提供即时财务援助，以帮助维持其业务和劳动力。

计划概述

1. 为在 2020 年 3 月 16 日圣克拉拉县公共卫生署命令中被视为非必要的，具有至少一名且不超过 25 名全职雇员的合格独资经营的小型企业，提供 10,000 美元的补助。
2. 为在 2020 年 3 月 16 日的圣克拉拉县公共卫生署命令中被认为必要的，具有至少一名且不超过 25 名全职雇员的合格独资经营的小型企业，提供 5,000 美元的补助。
3. 核发的救助金只能用于以下项目:营业场所的工资或营业地点租赁款项。
4. 对于符合条件的申请人，将以先到先得的原则提供救助金。

资格要求

请仔细阅读以下资格要求

- 要获得 10,000 美元的救助金，必须是在 2020 年 3 月 16 日圣克拉拉县公共卫生署命令中被视为非必要的，具有至少一名且不超过 25 名全职雇员的合格独资经营的小型商业。
- 要获得 5,000 美元的救助金，必须是在 2020 年 3 月 16 日圣克拉拉县公共卫生署命令中被视为必要的，具有至少一名且不超过 25 名全职雇员的合格独资经营的小型商业。
- 申请人必须填写并提供“受灾经济损失列表”，以确认该商家因 COVID-19 而遭受了收入损失。
- 申请人必须提交其 W-9 表格的最新复本。
- 申请人必须在圣克拉拉市市界范围内的经营实体商业店面。
- 申请人必须持有有效的圣克拉拉市营业执照。
- 申请人必须在本市保持良好信誉。
- 以 2020 年 3 月 1 日为期，申请人必须在圣克拉拉市运营至少一年。

- **请注意**：专营连锁店（在本地或全国有三个或更多营业点）或仅限 18 岁以上顾客的经营活动将不具备援助资格（例如，烟店和酒吧不具备资格）。

申请人请填写以下资料 （注意：请用英文回答所有的问题）

商业名称: _____

商业拥有人: _____

商业地址: _____

联系人姓名，职称: _____

联系人电子邮件: _____

联系人电话: _____

商业种类 (选一):

☐ **Sole Proprietorship** 独资有限责任实体

☐ **Partnership** 合资企业

☐ **Limited Partnership** 有限合资企业

☐ **Corporation** 一般公司

☐ **Limited Liability Entity** 有限责任实体

☐ **Nonprofit Corporation** 非盈利公司

☐ **Cooperative Corporation** 合作社法人

您是否为非盈利机构? 是 ☐ 否 ☐

如果是，请附非盈利机构证明。

请注明您将使用本拨款来帮助:

雇工薪资 ☐ 营业地点租金 ☐ 两样都是 ☐

如果补助金拨款申请被核可，请列出拨款应该邮寄地址:

_____

_____

资格核实

1. 您的商业类型? _____
2. 请问您的商业是否为在 2020 年 3 月 16 日圣克拉拉县公共卫生署命令中被视为非必要的，具有至少一名且不超过 25 名全职雇员的独资经营的小型企业？

   是 ☐ 否 ☐
3. 请问您的商业是否为在 2020 年 3 月 16 日圣克拉拉县公共卫生署命令中被视为必要的，具有至少一名且不超过 25 名全职雇员的独资经营的小型企业？

   是 ☐ 否 ☐
4. 请问您是否已经据实填报完成商家预计受灾经济损失列表,并证明因 COVID-19 而引起的经济损失？

   是 ☐ 否 ☐
5. 请问您是否附上最近的 W-9？

   是 ☐ 否 ☐
6. 请问您是否在圣克拉拉市市界范围内经营实体商业店面？

   是 ☐ 否 ☐

   请列出店面地址:

   _____

   _____
7. 请问您是否持有圣克拉拉市有效的商业执照？

   是 ☐ 否 ☐ 商业执照号码 ： _____
8. 该商业执照以 2020 年 3 月 1 日为期，是否已经运营最少一年？

   是 ☐ 否 ☐ 商业开始运营日期 ： _____
9. 您的营业是否为专营连锁店（在本地或全国有超过三个或更多的营业点），或是仅限于 18 岁以上顾客（例如，烟店和酒吧不具备资格）？

   是 ☐ 否 ☐
10. 您的营业是否在圣克拉拉市有良好信誉?

    是 ☐ 否 ☐
11. 您的营业是否曾经宣告破产或进入破产程序?

    是 ☐ 否 ☐
12. 您的营业或申请人是否现有任何待判决，税务强制执行，或其他任何正在进行中的法律诉讼?

是 ☐ 否 ☐

13. 在过去一年中您的营业或申请人，是否有在暴动，内乱，和其他宣告认定的灾难中被定罪，或从事过任何被本地管辖法院裁定为淫秽的产品或服务?

    是 ☐ 否 ☐

14. 您的营业或申请人是否拖欠任何联邦税，直接或间接担保的联邦贷款(SBA，FHA，VA，学贷等)，或联邦合同，补助金?

    是 ☐ 否 ☐

15. 申请人目前是否已被暂停或取消与联邦政府签约或获得联邦拨款或贷款的资格?

    是 ☐ 否 ☐

16. 申请人目前是否 a)被任何法律管辖区受到起诉，刑事资料索查，提审; b)在过去六个月内因任何形式犯罪被捕; c) 或以任何刑事犯罪- 交通事件轻犯除外 - 1) 被定罪， 2) 认罪， 3) 不抗辩， 4) 指定审前转移，或 5) 假释或缓刑 (包含判决前之缓刑)?

    是 ☐ 否 ☐

说明如何使用补助金拨款

请详细说明救助金拨款将可以如何帮助您维持生意。例如，救助金可以付几个月的店面租金，或有多少全时雇工可以用救助金留任。

_____

_____

_____

说明您是否已经申请，或正在申请，其他方式的救助？

_____

_____

_____

您以前曾经收到过圣克拉拉市的拨款吗？
如果有，请说明时间，金额，还有该项拨款如何被使用。

_____

_____

_____

拨款申请流程和条款

1. 救助金申请必须要以电子邮件在**加州时间 2020 年 4 月 17 日早上 10:00 以后**寄到 SmallBusiness@SantaClaraCa.gov.
   商家必须要填写以下表单：
   - ☐ 预计受灾经济损失列表
   - ☐ 最新 W-9 复本
   - ☐ 非盈利事业资格证明(如果适用)

2. 申请提交后，经过审核，申请人在申请后一到两周内会收到拨款通知。
   a. 在任何情况下，如果本市认为有潜在的利益冲突或出现利益冲突，本市保留拒绝任何申请的权利。
   b. 提交申请绝不会使本市有义务授予救助金。本市保留随时拒绝全部或部分申请的权利，而不会受到惩罚。

3. 将以先到先得方式提供拨款。

4. 如果被授予拨款，该申请将成为双方之间具有约束力的合同（协议）。

5. 如果被授予拨款，拨款只能用在申请人的雇工薪资发放和营业地址租赁支出。

6. 收到救助金的商家必须要：
   a. 以书面说明使用此救助金保留了多少雇工机会，或支付了多少个月的店面租金，得以继续营业。
   b. 提交拨款后 30 天内按照协议规定支付各种款项的证明。
   c. 本市保留审核申请人的账务记录以符合本协议条款的权利。

7. 鼓励获得救助金的商家:
   a. 如果适用，请采用联邦和州政府关于其业务运营的指导方针（社交距离，清洁程序，限制店内使用人数等）。
   b. 如果适用，请优先为老年人和弱势族群提供食物和服务。

8. 救助金将在协议执行后发放。

9. 本计划将在圣克拉拉市宣布为地方紧急状态期间，并且有可用基金时保持有效。

请用电邮 SmallBusiness@santaclaraca.gov 或致电 (408) 615-2210 垂询。

通过下面的签名，我已阅读并理解了小型商业救助金计划。我作出以下陈述，并同意以下条款和条件：

- 本申请如经批准，并有以下市经理签字证明，本申请内容将成为申请人与圣克拉拉市之间有约束力的合同（协议）。
- 我是上开营业实体的正式授权人，可以执行遵守本协议诸项条款。
- 如果救助金由本市提供，救助金将用于上开目的。
- 在任何情况下，本市财务责任均不得超过以下批准金额。
- 我愿意对救助金所可能延伸之任何税负，包含本市的 1099 保险，负以全责。
- 发放本救助金不成立任何代理，雇佣，合资企业的关系。本市不认可任何特定商业。
- 申请人应就对救助金活动而引起的任何索赔，伤害，责任，损失之成本与费用，及其所产生的任何律师费用，为本市及市公务员进行辩护与赔偿。
- 申请人在本份申请材料中之陈述为本小商业救助金合同的实质条件，并合乎小型商业救助金计划的规定。本市若发现任何资料填写不实，或违反本合同的任何规定，本市得随时取消本协议。

申请人签名: _____ **日期:** _____

TO BE COMPLETED BY CITY STAFF

Grant Application Granted? **Yes** ☐ **No** ☐

If yes, list amount of grant: _____

If no, provide reason for denial: _____

Grant Payment Date: _____

If no, has notification been sent to applicant? Yes ☐ **No** ☐

Is insurance required for applicant? Yes ☐ **No** ☐

City Manager Signature: _____ **Date:** _____

Post-award Audit Completion Date: _____

Signature of Staff Person Completing the Post-award Audit: _____