

Programa de Garantía de fondos para la Activación de Fachadas de tiendas del centro (Downtown)


Documentación necesaria y ejemplos

Prueba de Registro Comercial Actual

Por favor, cargue SÓLO prueba de un registro comercial actual de la ciudad de Albuquerque. Los tipos de archivo aceptados son PDF, JPEG o PNG. Cualquier otro tipo de archivo tiene que ser convertido primero a un PDF o a un tipo de archivo de imagen de la lista, y luego puede ser cargado.

Si usted no sabe si su negocio está actualmente registrado en la Ciudad de Albuquerque, por favor visite este sitio web para buscarlo: <https://www.cabq.gov/planning/business-registration-information/business-information-search>.

Ejemplo de documento proporcionado por la ciudad de Albuquerque

 CITY OF ALBUQUERQUE
BUSINESS REGISTRATION

CITY OF ALBUQUERQUE
P.O. BOX 1293
ALBUQUERQUE, NM 87102

[Redacted] ←

CITY OF ALBUQUERQUE

[Redacted] ←

ALBUQUERQUE NM

PERMIT NO: [Redacted]

PROGRAM: BUSINESS REGISTRATION

EFFECTIVE FROM: 02/24/2021 THROUGH: 02/23/2022 ←

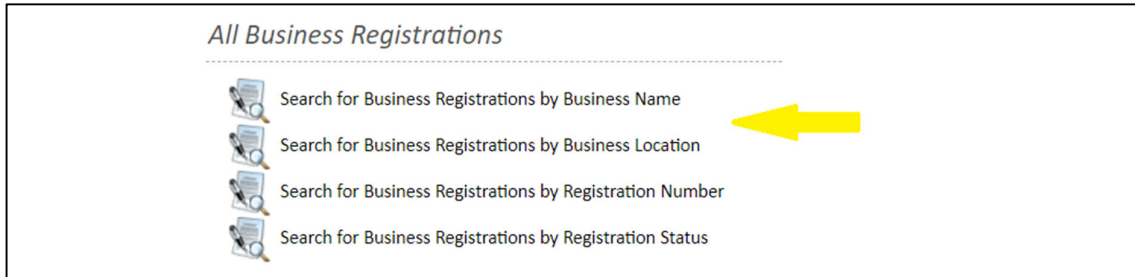
HAVING COMPLIED WITH THE FEE REQUIREMENTS OF CHAPTER 13 ARTICLE 1 OF THE REVISED ORDINANCES,
REGISTRATION OR LICENSING WITH THE CITY OF ALBUQUERQUE AND PAYMENT OF FEES DOES NOT CONSTITUTE A
WAIVER OF ANY REQUIREMENTS OR PROVISIONS CONTAINED AT ANY LAW.
THE ACTIVITY/BUSINESS PROPOSED TO BE CONDUCTED AT ANY LOCATION WITHIN THE CITY SHALL BE APPROVED BY
THE CITY'S ZONING ENFORCEMENT OFFICER PRIOR TO COMMENCING THE ACTIVITY/BUSINESS.
PLANNING DEPARTMENT - CODE ENFORCEMENT DIVISION

WWW.BIZREG.CABQ.GOV
(505) 924-3890

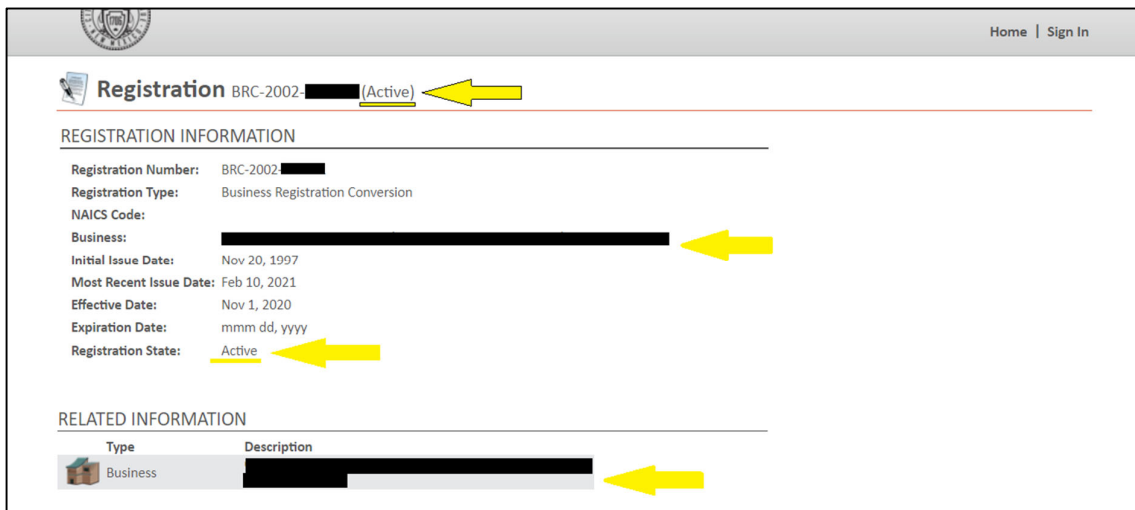
POST IN A CONSPICUOUS PLACE

¿Qué hacer si no tiene esta documentación?

Busque su empresa utilizando el enlace anterior. Proporcione una captura de pantalla clara, como la que se muestra a continuación, que muestre que el estado de registro está ACTIVO, y otra información requerida, incluyendo el nombre y la descripción de la empresa.



Captura de pantalla de la búsqueda de registro de empresas (Business Registration)



Si no encuentra su empresa o su registro ha expirado, póngase en contacto con el equipo de registro de empresas a través de correo electrónico o por teléfono en: businessregistration@cabq.gov / (505) 924-3890. El personal lo ayudará a señalar el estado actual de cualquier negocio y/o que es necesario hacer para restituir el estado de registro de un negocio a ACTIVO.


Prueba de ingresos establecidos o de formación empresarial

Para negocios establecidos con más de 1 año de antigüedad: Cargue la más reciente copia digital del archivo CRS-1 del negocio, tal como se proporcionó al Departamento de Impuestos e Ingresos de Nuevo México (New Mexico Department of Taxation and Revenue). Los solicitantes deben cargar las declaraciones CRS-1 del negocio de un período de cada uno de los últimos tres años, o tantos años completos como hayan estado activos en el negocio. Estos documentos se utilizarán para confirmar que la empresa es un negocio existente, que genera ingresos.

Si la empresa tiene menos de 3 años de antigüedad, asegúrese de tener en cuenta los requisitos adicionales que se indican a continuación.

Ejemplo de formulario CRS-1

State of New Mexico - Taxation and Revenue Department
CRS-1 - LONG FORM PAGE 1
COMBINED REPORT SYSTEM
Rev. 06/2010
Mail to: NM Taxation and Revenue Department,
P.O. Box 25128, Santa Fe, NM 87504-5128



NAME STREET / BOX CITY, STATE, ZIP	NEW MEXICO CRS ID NO.
--	--------------------------

TAX PERIOD: []/[]/[] through []/[]/[]
Check if applicable: Amended report
Payment made by:
 Automated clearinghouse deposit Date _____
 Federal wire transfer Date _____

If additional space is needed, use the supplemental page.
Do not submit a photocopy of these forms to the Department. If additional space is needed, please obtain an original form from your local district office or download the form from our web site at www.tax.newmexico.gov.

A	B	C	D	E	F	G	H
Municipality / county name	Special code	Location code	Gross receipts (excluding tax)	Total deductions	Taxable gross receipts	Tax rate	Gross receipts tax
Enter total of columns D, E and H, this page. *See instructions for column B.			\$	\$			\$
If supplemental pages are attached, enter total of all columns D, E and H from this page and all supplemental pages.			\$	\$			\$

I declare that I have examined this return including any accompanying schedules and statements, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct and complete.

Signature of taxpayer or agent _____
Print name _____ Date _____
Title _____ Phone _____
E-mail address _____

1	TOTAL GROSS RECEIPTS	
	TAX ALL PAGES	
2	COMPENSATING TAX	
3	WITHHOLDING TAX	
4	TOTAL TAX DUE	
5	PENALTY	
6	INTEREST	
7	TOTAL AMOUNT DUE	

Para nuevas empresas y negocios con menos de 3 años de antigüedad
Todas las empresas solicitantes que lleven activas menos de 3 años deben también tener algún tipo de documentación que demuestre que la empresa ha recibido asesoramiento de formación empresarial o ha participado en un programa de incubadora de éxito empresarial.

Los ejemplos incluyen y no se limitan a: certificados o cartas de finalización de un programa reconocido como WESST, CNM Ingenuity, SBA, etc.

Prueba del nivel actual de empleados

Las empresas que cumplan los requisitos deben actualmente emplear al menos 250 empleados equivalente a tiempo completo (FTE).

Con el fin de verificar el número de empleados, las empresas solicitantes con cuatro (4) o más empleados FTE deben cargar una copia del Formulario WC-1 más reciente de la empresa (ver muestra). La información resaltada en la muestra a continuación debe ser claramente legible.

- Formatos de carga aceptables incluyen PDF, JPG o PNG. Las copias escaneadas de los documentos originales son aceptables..
- Las empresas solicitantes con menos de cuatro (4) empleados de tiempo completo FTE las cuáles no están obligadas a pagar una tarifa de compensación laboral deben necesariamente cargar el reporte más reciente de nóminas de la empresa para confirmar el número de empleados.

Ejemplo de formulario WC-1

RPD-1054
Rev. 08/2010

**STATE OF NEW MEXICO
TAXATION AND REVENUE DEPARTMENT
WC-1 - WORKERS' COMPENSATION FEE FORM**

Beginning with calendar quarter ending September 30, 2004, the quarterly workers' compensation fee paid on Form WC-1 increased from \$4 to \$4.30 per covered worker (employee). Only the employer's share increased. See the instructions for details.

WHO MUST FILE: Every employer who is covered by the Workers' Compensation Act, whether by requirement or election, must file and pay the New Mexico Workers' Compensation Fee and file Form WC-1. See the instructions for requirements.

***IMPORTANT:** On Line 1, enter the number of workers (employees) to whom the Workers' Compensation Fee applies. This is the number of covered employees you employed on the last working day of the calendar quarter. If you have no covered employees, enter zero.

WHEN TO FILE: The Workers' Compensation Fee is due on or before the last day of the month following the close of the report period. A report period is a calendar quarter ending March 31, June 30, September 30 and December 31.

Upon completion of this form, sign, date and enter your phone number and E-mail address on the form. Make the check or money order payable to Taxation and Revenue Department.

Mail the bottom portion of this form with payment to New Mexico Taxation and Revenue Department, P.O. Box 2527, Santa Fe, NM 87504-2527. Retain the top portion for your records. For assistance call (505) 827-0832.

<p>A. FEIN:</p> <p>B. CRS:</p> <p>C. EAN:</p> <p>NAME:</p> <p>STREET/BOX:</p> <p>CITY, STATE, ZIP:</p>	<p>REPORT PERIOD: Beginning (mm-dd-yy) Ending (mm-dd-yy)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. *Number of covered workers at close of report period</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1.</td> </tr> <tr> <td>2. Assessment fee</td> <td style="text-align: center;">2. \$</td> </tr> <tr> <td>3. Penalty</td> <td style="text-align: center;">3. \$</td> </tr> <tr> <td>4. Interest</td> <td style="text-align: center;">4. \$</td> </tr> <tr> <td>5. Total due</td> <td style="text-align: center;">5. \$</td> </tr> </table>	1. *Number of covered workers at close of report period	1.	2. Assessment fee	2. \$	3. Penalty	3. \$	4. Interest	4. \$	5. Total due	5. \$
1. *Number of covered workers at close of report period	1.										
2. Assessment fee	2. \$										
3. Penalty	3. \$										
4. Interest	4. \$										
5. Total due	5. \$										

**PLEASE CUT AND INCLUDE THE BOTTOM PORTION WITH YOUR PAYMENT
RETAIN THE UPPER PORTION FOR YOUR RECORDS**

WORKERS' COMPENSATION FEE (WC-1)


<p>A. FEIN:</p> <p>B. CRS:</p> <p>C. EAN:</p> <p>NAME:</p> <p>STREET/BOX:</p> <p>CITY, STATE, ZIP:</p>	<p>REPORT PERIOD: Beginning (mm-dd-yy) Ending (mm-dd-yy)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. *Number of covered workers at close of report period</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1.</td> </tr> <tr> <td>2. Assessment fee</td> <td style="text-align: center;">2. \$</td> </tr> <tr> <td>3. Penalty</td> <td style="text-align: center;">3. \$</td> </tr> <tr> <td>4. Interest</td> <td style="text-align: center;">4. \$</td> </tr> <tr> <td>5. Total due</td> <td style="text-align: center;">5. \$</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Check if amended <input type="checkbox"/></p>	1. *Number of covered workers at close of report period	1.	2. Assessment fee	2. \$	3. Penalty	3. \$	4. Interest	4. \$	5. Total due	5. \$
1. *Number of covered workers at close of report period	1.										
2. Assessment fee	2. \$										
3. Penalty	3. \$										
4. Interest	4. \$										
5. Total due	5. \$										

Signature _____ Phone _____ Date _____ E-mail address _____

Mail to: Taxation and Revenue Department, P.O. Box 2527, Santa Fe, NM 87504-2527 **WKC**

Formulario W-9 modificado de CABQ para empresas/entidades (proporcionar plantilla)

La Ciudad de Albuquerque requiere que cualquier entidad recibiendo fondos se registre como proveedor usando un [formulario W-9](#) (ver ejemplo a continuación). Complete e imprima un formulario W-9 desde el sitio web del programa - asegúrese de firmarlo antes de cargarlo. Una vez finalizado, cargue el formulario W-9 firmado junto con la solicitud y los otros documentos requeridos.



Request for Supplier Information

Substitute Form **W9**
Department of Finance and
Administrative Services

SECTION 1: CONTACT INFORMATION AND TAXPAYER IDENTIFICATION NUMBER											
NAME (as shown on your income tax return). Name is required on this line; do not leave this line blank.											
BUSINESS NAME/ disregarded entity name, if different from above.											
PRIMARY ADDRESS (number, street, and apt or suite no)		REMITTANCE ADDRESS (number, street, and apt or suite no)									
CITY, STATE, and ZIP CODE		REMITTANCE CITY, STATE, and ZIP CODE									
PHONE		EMAIL ADDRESS									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">SOCIAL SECURITY NUMBER</td> <td style="width: 5%; text-align: center; padding: 2px;">OR</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER</td> <td style="width: 45%; text-align: center; padding: 2px;">New Mexico CRS TAX ID (if applicable)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">□□□□ - □□ - □□□□</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">□□ - □□□□□□□□</td> <td style="padding: 2px;">□□ - □□□□□□□□ - □□ - □□</td> </tr> </table>				SOCIAL SECURITY NUMBER	OR	EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER	New Mexico CRS TAX ID (if applicable)	□□□□ - □□ - □□□□		□□ - □□□□□□□□	□□ - □□□□□□□□ - □□ - □□
SOCIAL SECURITY NUMBER	OR	EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER	New Mexico CRS TAX ID (if applicable)								
□□□□ - □□ - □□□□		□□ - □□□□□□□□	□□ - □□□□□□□□ - □□ - □□								
TAX CLASSIFICATION (check only one) <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL/SOLE PROPRIETOR or single-member LLC <input type="checkbox"/> C CORPORATION <input type="checkbox"/> S CORPORATION <input type="checkbox"/> PARTNERSHIP <input type="checkbox"/> TRUST/ESTATE <input type="checkbox"/> LIMITED LIABILITY COMPANY- Enter the tax classification (C=C Corporation, S=S Corporation, P=Partnership) Note: For a single-member LLC that is disregarded, do not check LLC; check the appropriate box in the line above for the tax classification of the single-member owner. <input type="checkbox"/> 501(C)3/NON-PROFIT ORGANIZATION <input type="checkbox"/> OTHER (SEE INSTRUCTIONS)			EXEMPTIONS (codes apply to certain entities, not individuals; see instructions) EXEMPT PAYEE CODE (if any) _____ EXEMPTION FROM FATCA REPORTING CODE (if any) _____								
SECTION 2: BUSINESS DEMOGRAPHICS (CHECK ALL THAT APPLY)											
<input type="checkbox"/> Local Business - Headquartered and maintains its principal office and place of business within the Greater Albuquerque Metropolitan Area (City of Albuquerque or Bernalillo County).											
<input type="checkbox"/> Doing Business Locally - Either not headquartered or does not maintain its principal office and place of business here, but maintains a storefront in the Greater Albuquerque Metropolitan Area and employs one or more City of Albuquerque or Bernalillo County residents.											
<input type="checkbox"/> Woman Owned Business - At least 51% owned and controlled by one or more women, in the case of a publicly-owned business, at least 51% of the stock of which is owned by one or more women.											
<input type="checkbox"/> Minority Business Enterprise (MBE) Owned - At least 51% owned and controlled by one or more racial/ethnic minorities or, in the case of a publicly-owned business, at least 51% of the stock of which is owned by one or more racial/ethnic minorities. Please specify the race/ethnicity of minority owners (question to the right).											
<input type="checkbox"/> LGBTQ+ Owned Business - At least 51% owned and controlled by one or more LGBTQ+ individuals, in the case of a publicly-owned business, at least 51% of the stock of which is owned by one or more LGBTQ+ individuals.											
<input type="checkbox"/> None of the Above Categories Apply											

Carta de intenciones(LOI) o contrato de arriendo de 2 años ejecutado para el espacio que cumple requisitos

Todas las solicitudes de garantía de fondos para fachadas de tiendas deben incluir una prueba de una Carta de Intención (LOI) ejecutada, un contrato de arriendo o una enmienda al contrato de arriendo para la expansión entre el propietario y el arrendatario que especifique el compromiso al ocupar el espacio de la fachada durante al menos 2 años.

La carta de intenciones (LOI) o el contrato de arriendo también deben incluir:

- El total de pies cuadrados que se arriendan y el costo por pie cuadrado que se ha aplicado
- Monto de arriendo total mensual previsto, antes de cualquier garantía de fondos u otros fondos.

Suba la LOI o el contrato de arriendo/enmienda completamente ejecutados con la solicitud y la otra documentación requerida.