

هذا نموذج للطلب. يُحظر إرسال هذا المستند. طلبات برنامج منحة مدينة الإسكندرية للعودة إلى العمل يجب إكمالها عبر الإنترنت. سيكون الطلب متاحًا من الساعة 8:00 صباحًا يوم الأربعاء، 30 سبتمبر إلى الساعة 12:00 مساءً يوم الإثنين 5 أكتوبر على <https://alexandriaecon.org/alx-b2b/application/>

مرحبًا بكم في طلب برنامج منحة مدينة الإسكندرية للعودة إلى العمل، وهو مبادرة من برنامج شراكة الإسكندرية للتنمية الاقتصادية (AEDP) ومن مدينة الإسكندرية بولاية فيرجينيا.

الهدف من هذا البرنامج هو تسريع تعافي الشركات في مدينة الإسكندرية بولاية فيرجينيا والتي تأثرت سلبيًا بجائحة فيروس كوفيد-19 وتسريع تحقيقها للأرباح. هذا البرنامج يهدف إلى دعم الشركات الصغيرة وبعض المنظمات غير الهادفة للربح الواقعة ضمن حدود مدينة الإسكندرية بولاية فيرجينيا، والتي تُثبت أنها قد تعرّضت إلى خسارة في الإيرادات بنسبة 25% أو أكثر بسبب فيروس كوفيد-19 مباشرةً وتُثبت أنها قادرة على التعافي والحفاظ على الاستدامة. يتم تضمين الطلب معايير إضافية ويمكن استعراضها على <https://alexandriaecon.org/alx-b2b/>

يجب استخدام منح مدينة الإسكندرية للعودة إلى العمل في تعويض التكاليف و/أو الاستثمارات المتعلقة بإعادة فتح الشركة على النحو الذي يسمح به حاكم فرجينيا. يمكن استعراض قائمة كاملة بالاستخدامات المقبولة لأموال المنح على <https://alexandriaecon.org/alx-b2b/>

لا يمكن حفظ الطلبات ومتابعتها لاحقًا. الطلب يستلزم تقديم بعض الوثائق المالية المتعلقة بالشركة.

يُنصح المتقدمون بجمع المعلومات التالية قبل بدء الطلب:

- رقم التعريف الفيدرالي لصاحب العمل (FEIN) أو رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بالشركة
- رقم حساب رخصة الشركة بمدينة الإسكندرية
- بالنسبة للشركات التي لديها عقود إيجار تجارية، تاريخ انتهاء عقد الإيجار الحالي
- بيانات الأرباح والخسائر الشهرية المُفصّلة للفترة الزمنية التالية (يمكن تقديم بيانات مصرفية مُفصّلة بدلاً من بيانات الأرباح والخسائر التفصيلية):

○ إذا كانت شركتك قد تم افتتاحها قبل يونيو 2019:

- 3 أشهر متتالية في الفترة بين مارس 2020 وأغسطس 2020
- والأشهر الثلاثة المتتالية نفسها للعام 2019

○ إذا كانت شركتك قد تم افتتاحها في الفترة ما بين 1 يونيو 2019 و14 مارس 2020:

- 3 أشهر متتالية في الفترة بين مارس 2020 وأغسطس 2020
- الأشهر الثلاثة الأولى من تشغيل الشركة

من المتوقع أن يتجاوز عدد المتقدمين للمنحة إجمالي التمويل المتاح حاليًا. سيتلقى جميع المتقدمين رسالة بريد إلكتروني آلية عندما يقدمون طلباتهم. إذا لم تتلقَ رسالة البريد الإلكتروني، فيرجى الاتصال ببرنامج شراكة الإسكندرية للتنمية الاقتصادية (AEDP) عبر البريد الإلكتروني على info@alexandriaecon.org. برنامج شراكة الإسكندرية للتنمية الاقتصادية (AEDP) يوفر تحديثات حول البرامج العامة عبر البريد الإلكتروني إن لزم الأمر أثناء عملية المراجعة.

أثناء عملية تقديم الطلب، إذا كان لدى المتقدم أسئلة فيجب عليه الاتصال بممثل خدمة العملاء عبر الهاتف على الرقم 703-739-3820 أو عبر البريد الإلكتروني على info@alexandriaecon.org

شكرًا لك على تشغيل شركتك في مدينة الإسكندرية وعلى اهتمامك بهذا البرنامج.

القسم 1 - معلومات الشركة الأساسية

هذا القسم من الطلب يتطلب معلومات أساسية عن الشركة وعن مالك الشركة.

اسم مالك (مالكي) الشركة*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

الاسم الأول

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

الاسم الأخير

رقم هاتف مالك الشركة*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

رقم الهاتف

عنوان البريد الإلكتروني لمالك الشركة*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

عنوان البريد الإلكتروني لمالك الشركة

تأكيد عنوان البريد الإلكتروني لمالك الشركة*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

عنوان البريد الإلكتروني لمالك الشركة

هل أنت مالك الشركة؟*

نعم

لا

الاسم القانوني الكامل للشركة*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

اسم الشركة

الاسم التجاري للشركة (إن لم يكن هناك اسم تجاري للشركة، فأعد إدخال الاسم القانوني للشركة)*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

الاسم التجاري للشركة

العنوان المحلي للشركة (يجب أن يكون لك وجود مادي وتجاري داخل مدينة الإسكندرية. الشركات المنزلية، باستثناء بعض مقدمي خدمات رعاية الأطفال المرخص لهم/الخاضعين للتنظيم، غير مؤهلة)*.

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

العنوان

رقم التعريف الفيدرالي لصاحب العمل (FEIN) أو رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للشركة (9 أرقام)*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

رقم التعريف الفيدرالي لصاحب العمل (FEIN) أو رقم الضمان الاجتماعي (SSN)

القسم 2 - أهلية البرنامج

يجب أن يستوفي المتقدم جميع المعايير المدرجة أدناه ليكون مؤهلاً للحصول على منحة مدينة الإسكندرية للعودة إلى العمل. يجب تضمين الطلب بالوثائق الداعمة، إن تطلّب الأمر. تعد جميع المعلومات التي يتم الحصول عليها كجزء من هذا البرنامج سرية ومحمية بموجب الأقسام 2.2-3705.6 و 3-58.1 من قانون ولاية فرجينيا ولن تتم مشاركتها مع جهات أخرى لا يتولى برنامج المنح هذا إدارتها.

هل الشركة مرخّص لها إجراء أعمال بمدينة الإسكندرية؟*

نعم

لا

هل شركتك هي مقدّم خدمات رعاية أطفال تُقدّم خدمات رعاية أطفال ليوم كامل أو لجزء من اليوم للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من سن 0 إلى 13 سنة مرخّصة بموجب مرسوم محلي أو خاضعة لتنظيم إدارة الخدمات الاجتماعية بولاية فيرجينيا؟*

نعم

لا

بالنسبة لمقدّمى خدمات رعاية الأطفال الذين لديهم معرفّ بائع بإدارة إعانات الولاية، فأدخل الرقم المكوّن من 9 أرقام (ينطبق فقط على مقدّمى خدمات رعاية الأطفال الذين لديهم معرفّ بائع بإدارة إعانات الولاية)

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

رقم حساب رخصة الإشغال المهنية للشركات بمدينة الإسكندرية المكوّن من 6 أرقام (في حالة مقدّمى خدمات رعاية الأطفال اليومية بالمنزل المعقّين من شرط رخصة الإشغال، أدخل أصفار)*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

لتكون الشركة مؤهلة لهذا البرنامج، يجب أن تكون الشركة قد بدأت العمل اعتبارًا من 14 مارس 2020* يُرجى ذكر التاريخ الذي بدأت فيه الشركة العمل في مدينة الإسكندرية.

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

التاريخ

هل الشركة منظمة غير هادفة للربح أو خيرية؟*

نعم

لا

هل الشركة مُسدّدة لجميع المدفوعات الضريبية إلى مدينة الإسكندرية بولاية فرجينيا أم أنها حاليًا تلتزم بخطة سداد رسمية مع المدينة؟*

نعم

لا

هل تم تعليق أو إلغاء أي ترخيص أو تصريح للشركة خلال الـ 90 يومًا الماضية؟*

نعم

لا

هل الشركة مملوكة ومُدارة محليًا؟* (هذا البرنامج يستثني المواقع المملوكة للشركات، أو الفروع، أو الشركات التابعة، أو الشركات صاحبة الامتياز ما لم تكن مملوكة ومُدارة محليًا).

نعم

لا

هل تعتزم الشركة مواصلة عملياتها في موقع داخل مدينة الإسكندرية، بولاية فرجينيا، بعد 31 ديسمبر 2020*؟

نعم

لا

بالنسبة للشركات التي تشغل مساحةً مستأجرة، فما التاريخ الذي ينتهي فيه عقد الإيجار الحالي؟ (اتركه فارغاً إن لم يكن منطبقاً)

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

تاريخ انتهاء عقد الإيجار

معلومات الموظفين

هذا البرنامج متاح للكليات المؤهلة التي لا تُوظف أكثر من 100 موظف، ويشمل المقاولين المستقلين الذين يعملون لحسابهم الخاص وليس لديهم موظفون.

كم عدد المالكين في الشركة؟* (إذا كنت متعاقدًا مستقلاً تعمل لحسابك الخاص ولا يوجد لديك موظفون، فأدخل الرقم 1 ليُعبّر عن نفسك)

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

عدد المالكين

بدون ذكر أي مالكيين، كم عدد الموظفين العاملين الخاضعين للنموذج W2 الذين كانوا بالشركة في 30 يونيو 2020؟ (ملاحظة: أثناء عملية المراجعة، قد يُطلب منك تقديم وثائق مثل تقارير الرواتب، للتحقق من هذه المعلومات.)*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

عدد الموظفين الخاضعين للنموذج W-2

بدون ذكر أي مالكيين، كم عدد المقاولين المستقلين/العمال الخاضعين للنموذج 1099 الذين كانوا يعملون بالشركة في 30 يونيو 2020؟ (ملاحظة: أثناء عملية المراجعة، قد يُطلب منك تقديم وثائق مثل الفواتير المدفوعة، للتحقق من هذه المعلومات.)*

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

عدد المقاولين المستقلين/العمال الخاضعين للنموذج 1099

معلومات الإيرادات

لتكون الشركة مؤهلة لهذا البرنامج، يجب أن تُثبت الشركة حدوث انخفاض بنسبة 25% أو أكثر في إجمالي الإيرادات (أي الإيرادات/المبيعات قبل أي نفقات) خلال أي "شهر من كوفيد" (من مارس حتى أغسطس 2020) عند مقارنتها بنفس الشهر من العام السابق (أو من بداية عمليات الشركة، إذا كانت الشركة أحدث).

يرجى تحميل البيانات المالية (أو البيانات المصرفية) لمدة 3 أشهر متتالية من أي فترة من فترات أشهر كوفيد-19 من مارس 2020 حتى أغسطس 2020:

الشهر 1 من كوفيد (مارس، أو أبريل، أو مايو، أو يونيو 2020)

خيار تحميل الملف

الشهر 2 من كوفيد (يجب أن يكون الشهر التالي مباشرةً للشهر 1 من كوفيد)

خيار تحميل الملف

الشهر 3 من كوفيد (يجب أن يكون الشهر التالي مباشرةً للشهر 2 من كوفيد)

خيار تحميل الملف

على سبيل المقارنة، يُرجى تحميل نفس البيانات المالية (أو البيانات المصرفية) لمدة 3 أشهر متتالية من العام السابق (ملاحظة، إذا كانت شركتك قد تم افتتاحها في الفترة من يونيو 2019 إلى مارس 2020، فيُرجى بدلاً من ذلك تقديم بيانات الأشهر الثلاثة الأولى من بداية تشغيل شركتك):

شهر المقارنة 1، استخدم بيانات عام 2019 لنفس الشهر مع بيانات الشهر 1 من كوفيد أعلاه (أو الشهر الأول من التشغيل إذا كانت شركتك قد تم افتتاحها في الفترة من يونيو 2019 إلى مارس 2020)
 خيار تحميل الملف

شهر المقارنة 2 (يجب أن يكون الشهر التالي مباشرةً لشهر المقارنة 1)
 خيار تحميل الملف

شهر المقارنة 3 (يجب أن يكون الشهر التالي مباشرةً لشهر المقارنة 2)
 خيار تحميل الملف

هل الشركة منخرطة في الوقت الراهن في إجراءات إفلاس؟
 نعم
 لا

القسم 3 - تأثير كوفيد-19 على الشركة

يُرجى ملاحظة أنه على الرغم من أن الأسئلة التالية مطلوبة، إلا أن الإجابات لا تؤثر على أهليتك للحصول على منحة.

كم عدد الموظفين الذين اضطرت إلى تسريحهم خلال أشهر كوفيد-19 من مارس 2020 إلى أغسطس 2020؟

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.
عدد الموظفين الذين تم تسريحهم

هل اضطرت شركتك إلى الإغلاق بسبب أوامر محلية أو أوامر على مستوى الولاية في أي وقت خلال أشهر كوفيد-19 من مارس 2020 إلى أغسطس 2020؟

نعم، اضطرتنا إلى الإغلاق تمامًا لجزء من الوقت على الأقل، ولكننا الآن في حالة فتح

نعم، وما زلنا في حالة إغلاق تام

لا، لقد بقينا في حالة فتح

هل شركتك في حالة فتح ولكنها تعمل بطاقة منخفضة بسبب أوامر محلية أو أوامر على مستوى الولاية في أي وقت خلال أشهر كوفيد-19 من مارس 2020 إلى أغسطس 2020؟

نعم، ولكننا نعمل الآن بكامل طاقتنا

نعم، ولا يزال مطلوبًا منّا العمل بطاقة منخفضة

لا، لم تتأثر طاقتنا على الإطلاق

القسم 4 - استخدام الأموال

يجب استخدام الأموال المقدّمة من برنامج منح مدينة الإسكندرية للعودة إلى العمل في تعويض التكاليف المتعلقة بالاستثمارات المطلوبة لإعادة فتحها أو تعديل نطاقها بأمان وكذلك لتغطية نفقات التشغيل. الاستثمارات التي تمت في 14 مارس 2020 أو بعده مؤهلة للحصول على التعويض. الاستخدامات المقبولة لأموال المنح تتضمن ما يلي:

- شراء معدات الحماية الشخصية (PPE) المستخدمة في وقف تفشي فيروس كوفيد-19
- المعدات والمستلزمات الأخرى لتعزيز الصحة والسلامة
- تكنولوجيا لتسهيل التجارة الإلكترونية و/أو العمليات التجارية الافتراضية (التكنولوجيا التي تم شراؤها في أو بعد 1 يناير 2020 قد تكون مؤهلة للتعويض عن التكلفة)
- الخدمات الاحترافية المتعلقة بتصميم وإنشاء/تغيير البيئة التجارية المبنية اللازمة لتعزيز التباعد المادي والاجتماعي، فضلاً عن التكاليف الفعلية للتعديلات

- خدمات التنظيف والتطهير الأولية قبل إعادة الفتح.
- تكاليف الإيجار أو الرهن العقاري اللازمة لإعادة الفتح.

يُرجى تقديم وصف مختصر للطريقة التي تعتمزم بها شركتك استخدام أموال منحة مدينة الإسكندرية للعودة إلى العمل.*
انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

القسم 5 - معلومات إضافية

يُطلب من المتقدمين الإجابة عن الأسئلة الديموغرافية التالية التي لن تُستخدَم إلا في تقارير البرنامج. يتم إبلاغ جميع البيانات في صورة إجمالية. **ورفض الإجابة عن هذه الأسئلة لا يؤثر على أهلية المتقدم للبرنامج.**

العرق/الأصل القومي لمالك الشركة

- أبيض (ليس من أصل إسباني أو لاتيني)
- أسود أو أمريكي من أصل أفريقي (ليس من أصل إسباني أو لاتيني)
- من أصل إسباني أو لاتيني
- آسيوي (ليس من أصل إسباني أو لاتيني)
- هندي أمريكي/من سكان ألاسكا الأصليين (ليس من أصل إسباني أو لاتيني)
- من سكان هاواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ الأخرى (ليس من أصل إسباني أو لاتيني)
- أفضل عدم الإفصاح

إلى أي هوية جنسية ينتمي مالك الشركة؟

- ذكر
- أنثى
- أنثى متحولة جنسياً
- ذكر متحول جنسياً
- مغاير النوع/غير متطابق
- غير مُدرَج
- أفضل عدم الإفصاح

ما سن مالك الشركة؟

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79
- 80 أو أكثر

كم عدد السنوات التي قضاها مالك الشركة في الشركة؟

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 20 أو أكثر

هل سبق لمالك الشركة أن عمل في الخدمة الفعلية في القوات المسلحة الأمريكية، أو قوات الاحتياط، أو الحرس الوطني؟

نعم

لا

أفضل عدم الإفصاح

هل مالك الشركة مسجل لدى ولاية فيرجينيا ومدينة الإسكندرية كشركة صغيرة، أو شركة تملكها امرأة، أو شركة تملكها أقلية (SWaM)؟

نعم

لا

لمعالجة طلبك، قد نحتاج إلى التواصل معك. ما اللغة التي تفضل التواصل معك بها؟

الإنجليزية

الإسبانية

الأمهرية

العربية

أخرى انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

ما إجمالي المساحة بالقدم المربعة التي تشغلها الشركة؟

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

إجمالي المساحة بالقدم المربعة المشغولة

هل تقدمت الشركة بطلب للحصول على إعانة فيدرالية خاصة بالشركات الصغيرة من خلال برنامج قروض كوارث الخسائر الاقتصادية (EIDL)؟ (ملاحظة: الإجابة لا تؤثر على الأهلية لهذا البرنامج)*

نعم

لا

هل تمت الموافقة على طلب الشركة المقدم إلى برنامج قروض كوارث الخسائر الاقتصادية (EIDL) الفيدرالي؟*

نعم

لا

معلق

هل تقدمت الشركة بطلب للحصول على إعانة فيدرالية خاصة بالشركات الصغيرة من خلال برنامج حماية الرواتب (PPP)؟ (ملاحظة: الإجابة لا تؤثر على الأهلية لهذا البرنامج)*

نعم

لا

هل تمت الموافقة على طلب الشركة المقدم إلى برنامج حماية الرواتب (PPP) الفيدرالي؟*

نعم

لا

معلق

هل تقدمت الشركة بطلب للحصول على إعانة من الولاية خاصة بالشركات الصغيرة من خلال برنامج صندوق منحة إعادة إعمار ولاية فرجينيا (VA Grant Fund)؟ (ملاحظة: الإجابة لا تؤثر على الأهلية لهذا البرنامج)*

نعم

لا

هل تمت الموافقة على طلب الشركة المقدم إلى برنامج صندوق منحة إعادة إعمار ولاية فرجينيا (VA Grant Fund)*؟

نعم

لا

معلق

القسم 6 – المراجعة والإرسال

برنامج منحة مدينة الإسكندرية للعودة إلى العمل الشروط والأحكام الخاصة بالطلب والموافقة عليها

إن طلب منحة مدينة الإسكندرية للعودة إلى العمل يُمثل موافقة غير مشروطة على الشروط والأحكام التالية ويُمثل قبولاً لها. يتحمل المتقدم مسؤولية التأكد من معرفته بالشروط والأحكام.

1. بتقديم الطلب، يُقر المتقدم بأنه لا يخضع لأي اتفاقية أو شرط يحظر أو يُقيّد قدرته على الإفصاح عن أو تقديم المواد المدرجة في الطلب أو يحظر أو يُقيّد تقديمه لطلب الحصول على المنحة.

2. يُقر المتقدم بأن جميع المعلومات مسجلة الملكية التي يوفرها المتقدم سيتم الحفاظ على سريتها من قبل برنامج شراكة الإسكندرية للتنمية الاقتصادية (AEDP) ومدينة الإسكندرية ("المدينة")، ويُعرّفان مجتمعين بالمصطلح ("المانحون") إلى الحد الذي يسمح به قانون حرية تبادل المعلومات بولاية فرجينيا والقوانين واللوائح الأخرى المعمول بها المتعلقة بالإفصاح عن السجلات التي في حيازة المانحين.

3. يُقر المتقدم بأن أي معلومات غير مسجلة الملكية يُقدمها المتقدم يجوز استخدامها في التقارير العامة وفي الترويج حول المنحة.

4. يُقر المتقدم بأن جميع قرارات إعطاء المنح نهائيةً وغير قابلة للطعن.

5. يُقر المتقدم بأن تمويل برنامج المنح مدعوم جزئياً بأموال فيدرالية مخصصة من صندوق الإعانة الخاص بفيروس كورونا Coronavirus Relief Fund على النحو الذي يسمح به قانون مكافحة فيروس كورونا، ودعم جهود الإغاثة، وتعزيز الأمن الاقتصادي (CARES) لعام 2020 وأن الشركات التي تتلقى المنح المدعومة فيدرالياً قد تخضع إلى شروط إضافية.

6. إذا حصل المتقدم على منحة، فإنه بعد نجاحه في تلقّي المنحة يُقر ويوافق على إبلاغ برنامج شراكة الإسكندرية للتنمية الاقتصادية (AEDP) كل ستة أشهر طوال السنة الأولى عن الوضع الحالي لشركته بما في ذلك المعلومات حول الموظفين الحاليين، والإيرادات، وكيفية استخدام أموال المنحة.

7. إذا حصل المتقدم على منحة، فإنه يُقر ويوافق على الالتقاء ببرنامج شراكة الإسكندرية للتنمية الاقتصادية (AEDP)، أو من ينوب عنه.

8. يتعهد المتقدم بتجنب، والدفاع عن، وإبراء ذمة، وتعويض "برنامج شراكة الإسكندرية للتنمية الاقتصادية (AEDP)" و"المدينة"، وجميع ما يتبعهما من مسؤولين، وأقسام، ووكالات، ووكلاء، وموظفين من وضد أي وجميع المطالبات، والخسائر، والتعويضات، والإصابات، والغرامات، والعقوبات، والتكاليف بما في ذلك تكاليف ورسوم المحاكم وأتعاب المحامين، والمسؤولية القانونية أو التعرض لها، مهما كان سببها، أو ناجمة عن هذا الطلب، أو متعلقة به بأي شكل من الأشكال.

أقر بأنني قد قرأت وفهمت ومحوّل لي إكمال هذا الطلب وتقديمه نيابةً عن المتقدم. أؤكد أن البيانات الواردة في هذه الوثيقة صحيحة، ودقيقة، ومكتملة. أقر بأن البيانات المزيفة وغير الدقيقة المقدمّة في الطلب تُمثل أساساً للرفض الفوري للطلب.

وَقَّع أدناه بكتابة اسمك بحروف واضحة

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

الاسم الأول

انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.

الاسم الأخير

رقم التواصل مع الشخص الذي يُكمل النموذج
انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.
رقم الهاتف

عنوان البريد الإلكتروني للشخص الذي يُكمل النموذج
انقر أو اضغط هنا لإدخال النص.
عنوان البريد الإلكتروني

نهاية الطلب

SAMPLE