



Programa de Socios de Habilidades Únicas de la Florida Formulario de Nominación

Nota: Empresas no pueden nominarse a sí mismos, pero pueden aplicar directamente para designación como un Socio de Habilidades Únicas entregando el Formulario de Solicitud del Programa de Socios de Habilidades Únicas de la Florida. Un asterisco (*) indica la información requerida.

Información del Negocio:

* Nombre del Negocio: _____

Dirección Física del Negocio:

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Persona de Contacto en el Negocio Nominado:

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Título: _____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

(*Correo electrónico Ó número de teléfono es requerido)

Información de Contacto para la Persona Entregando la Nominación:

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Relación con el Negocio: _____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Por favor, Seleccione todos los Criterios de Elegibilidad que usted cree aplican al Negocio:

(*Selección de al menos un criterio es requerido)

- _____ A. El empleo de al menos una persona con una discapacidad. Tales empleados deben ser residentes de la Florida y deben haber sido empleado por la empresa durante al menos nueve meses antes de que el negocio aplique para una designación de Socio de Habilidades Únicas.
- _____ B. Contribuido a organizaciones locales y/o nacionales de discapacidad o contribuciones hechas en apoyo de las personas que tienen una discapacidad. Tales contribuciones pueden ser financieros o en especie, incluyendo horas de trabajo voluntario de los empleados. Una empresa con 100 empleados o menos debe hacer una contribución financiera o en especie de al menos \$1,000 y una empresa con más de 100 empleados debe hacer una contribución financiera o en especie de al menos \$5,000.
- _____ C. Establecido o contribuido a la creación de un programa que contribuya a la independencia de los individuos que tienen una discapacidad. Una empresa con 100 empleados o menos debe hacer una contribución financiera o en especie de al menos \$1,000 en el programa y una empresa con más de 100 empleados debe hacer una contribución financiera o en especie de al menos \$5,000 en el programa.

Si está llenando una nominación de copia dura, por favor envíe el formulario de nominación a:

**Unique Abilities Partner Program
Agency for Persons with Disabilities
4030 Esplanade Way, Suite 380
Tallahassee, FL 32399**