

Solicitud:

Antes de presentar su solicitud, asegúrese de que su tienda cumple TODOS los requisitos. Si no cumple TODOS los requisitos de elegibilidad enumerados, no es elegible para solicitar el programa.

- ✓ Se ubica en uno de los siguientes códigos postales: 43604, 43605, 43606, 43607, 43608, 43609, 43610, 43611, 43612, 43613, 43614, 43615, 43620.
- ✓ Tiene una licencia vigente de establecimiento minorista de alimentos de Ohio del Departamento de salud del condado de Toledo-Lucas (Toledo-Lucas County Health Department).
- ✓ Acepta el Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP).
- ✓ La tienda minorista tiene menos de 5000 pies cuadrados de espacio.
- ✓ NO forma parte de una franquicia, cadena ni está adjunta a una gasolinera.
- ✓ Usted se compromete a continuar el programa por su cuenta después del 12/31/2026.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la solicitud o el programa, envíe un correo electrónico a eatfresh@co.lucas.oh.us.

Fecha: _____

Nombre de la tienda: _____

Dirección de la tienda (incluya el código postal):

¿Es usted el propietario de la tienda? **Sí** **No**

En caso negativo:

Nombre del solicitante: _____

Cargo/relación con el propietario de la tienda: _____

Nombre del propietario: _____

Teléfono de la tienda: _____ Teléfono del propietario: _____

Teléfono del solicitante (si no es el propietario): _____

Correo electrónico: _____

¿Su tienda forma parte de una franquicia, cadena o está adjunta a una gasolinera? **Sí** **No**

¿Tiene una licencia vigente de establecimiento minorista de alimentos de Ohio emitida por el Departamento de salud del condado de Toledo-Lucas (Toledo-Lucas County Health Department).

Sí **No**

¿Su tienda acepta SNAP? **Sí** **No**

¿Cuál es el tamaño aproximado (en pies cuadrados) del espacio de la tienda minorista?

¿Se compromete a continuar este programa después del 12/31/2026? **Sí** **No**

¿Le interesan otras posibles oportunidades de financiación o asociación en materia de alimentación saludable a través del Departamento de salud del condado de Toledo-Lucas (Toledo-Lucas County Health Department), la ciudad de Toledo o cualquiera de sus asociados? **Sí No**

(Preguntas de participación individual)

Número de identificación fiscal/EIN: _____

¿Tiene una licencia de minimercado de la ciudad de Toledo? **Sí No**

¿Cuánto tiempo ha administrado o ha sido propietario de esta tienda? _____

¿Cuántos empleados tiene? _____

¿Su tienda acepta el Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)? **Sí No**

¿Ha tenido alguna infracción con SNAP o WIC en los últimos 5 años? En caso afirmativo, explique por qué:

¿Cómo está compuesta su clientela? Marque todas las opciones que correspondan:

- Residentes del vecindario.
- Personas mayores.
- Jóvenes/estudiantes.
- Familias.
- Trabajadores/empleados locales.
- Pasajeros interurbanos.
- Otro (por favor, descríballo): _____
- No estoy seguro

¿Qué idioma hablan principalmente sus clientes?

- Inglés
- Español
- Haitiano/Criollo haitiano
- Árabe
- Francés
- Otro (por favor, descríballo): _____

¿Su tienda tiene un sistema de punto de venta? **Sí** **No**

En caso afirmativo: ¿Puede su sistema de punto de venta realizar un seguimiento de la venta de todos los alimentos individuales, como frutas, verduras, productos lácteos, carnes, etc.?

Sí **No**

¿Dispone de unidad(es) de **refrigeración** comercial en su tienda para exhibir adecuadamente los alimentos perecederos? **Sí** **No**

En caso negativo: ¿Dispone de espacio para una unidad de refrigeración comercial?

Sí **No**

¿Dispone de unidad(es) de **congelación** comercial en su tienda para exhibir adecuadamente los alimentos perecederos?

Sí **No**

En caso negativo: ¿Dispone de espacio para una unidad de congelación comercial?

Sí **No**

¿Dispone actualmente de un puesto o estantería que pueda exhibir y vender frutas o verduras frescas?

Sí **No** **No aplica**

En caso negativo o si no aplica: ¿Dispone de espacio para un puesto o una estantería?

Sí **No**

¿Cuál o cuáles son los mayores obstáculos para la venta de productos agrícolas? Seleccione todos lo que correspondan

- Baja demanda de los clientes.
- Espacio inadecuado en las estanterías.
- Refrigeración/congelador inadecuados.
- No hay suficiente mercadotecnia y difusión.
- No puedo encontrar un distribuidor asequible.
- Margen de beneficio relativamente bajo.
- Deterioro.
- Nunca pensé en ofrecer productos agrícolas.
- Otro: _____

¿Vende alguno de estos productos en su tienda? Marque todas las opciones que correspondan

- Opciones integrales (pan integral, pasta integral, tortillas integrales, avena, etc.)
- Carnes magras frescas (es decir, pollo, cerdo, res, pescado, etc.)
- Lácteos bajos en grasa (1% o leche descremada, yogur bajo en grasa, queso bajo en grasa, etc.)

- Jugos 100% naturales.
- Opciones de refrigerios saludables.
- Frutas o verduras frescas.
- Frutas o verduras enlatadas.
- Frutas o verduras congeladas.
- Otro: _____
- Ninguna de las anteriores.

¿Qué tipo de productos le gustaría vender? Marque todas las opciones que correspondan

- Opciones integrales (pan integral, pasta integral, tortillas integrales, avena, etc.)
- Carnes magras frescas (es decir, pollo, cerdo, res, pescado, etc.)
- Lácteos bajos en grasa (1% o leche descremada, yogur bajo en grasa, queso bajo en grasa, etc.)
- Jugos 100% naturales.
- Opciones de refrigerios saludables.
- Frutas o verduras frescas.
- Frutas o verduras enlatadas.
- Frutas o verduras congeladas.
- Otro: _____
- Ninguna de las anteriores.

¿Está dispuesto a trabajar con el equipo del Programa de Pequeños Mercados de Alimentos Saludables para llevar a cabo actividades de extensión comunitaria, publicitar nuevos productos saludables y desarrollar una campaña de mercadotecnia social para atraer a los residentes del vecindario?

Sí No

(Objetivo del programa)

Al participar en este programa, ¿cómo mejorará la salud y el bienestar de sus clientes? Por favor, sea específico:

(Promoción de alimentos saludables)

¿Qué cambios deben realizarse dentro de su tienda para ofrecer o aumentar sus ventas de frutas y verduras frescas, así como otros artículos saludables? Por favor, sea específico:

(Mercadotecnia)

Describe las ideas que tiene para comercializar y promocionar los nuevos alimentos saludables en su tienda:

PRESUPUESTO:

¿Qué tipo de asistencia de mercadotecnia necesita? Marque todas las opciones que correspondan.

- Participación de la comunidad.
- Folletos/boletines informativos que promocionan alimentos saludables a la venta.
- Señalización en la tienda.
- Recetas y materiales de educación nutricional.
- Demostraciones de los alimentos en el lugar.
- Correo y tarjetas postales.
- Otro: _____
- Ninguna de las anteriores.

¿Qué tipo de asistencia en materia de alimentos saludables necesita? Marque todas las opciones que correspondan.

- Se necesita capacitación del personal para manipular adecuadamente los alimentos de manera segura.
- Asistencia para la compra de alimentos saludables.
- Asistencia para elegir los alimentos saludables.
- Otro: _____
- Ninguna de las anteriores.

¿Qué tipo de equipo menor está buscando? Marque todas las opciones que correspondan.

- Puestos de frutas y verduras.
- Estanterías.
- Cestas y contenedores para productos agrícolas.
- Otro: _____
- Ninguna de las anteriores.

¿Qué tipo de equipo principal está buscando? Marque todas las opciones que correspondan.

- Unidad de refrigeración comercial.
- Unidad de congelación comercial.
- Sistema de punto de venta.
- Mejoras eléctricas para las actualizaciones de los equipos.
- Otro: _____
- Ninguna de las anteriores.

(Presupuesto y necesidades financieras)

Por favor escriba el costo estimado para cada elemento de mercadotecnia, alimentos saludables o equipo previamente verificado y el monto total del costo estimado. Explique por qué se necesitan estos artículos:

OPCIONAL: ¿tiene algún comentario adicional sobre cómo su tienda puede tener éxito en la mejora de la salud y el bienestar en la ciudad de Toledo?:
