



**VEHICLE IMMOBILIZATION BUSINESS INITIAL REGISTRATION APPLICATION**  
**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INICIAL PARA COMPAÑÍA DE IMMOBILIZACION DE**  
**VEHICULOS**

**(By authority of Article III of Chapter 30 of the Code of Miami-Dade County)**  
**(Conforme al Artículo III del Capítulo 30 del Código del Condado de Miami-Dade)**

**(For Official Use Only) / (Sólo para uso oficial)**  
 License # \_\_\_\_\_

1. Legal Business Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre oficial de la compañía*
  
2. Fictitious (Trade) Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre ficticio o nombre por el cual se conoce a la compañía*
  
3. Business Address (Post Office Box Not Accepted)  
*Dirección del local - (No se aceptan apartados postales)*  
 Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
*Dirección Ciudad/Estado/Código postal*
  
4. Business Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Cellular Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
*Numero telefónico de la compañía Número del celular*  
 E-mail Address: \_\_\_\_\_ Fax Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
*Dirección del correo electrónico Número de fax*
  
5. Ownership Type / Tipo de empresa:  

<input type="checkbox"/> Sole Proprietor <i>Dueño único</i>	<input type="checkbox"/> Partnership <i>Sociedad</i>	<input type="checkbox"/> Corporation <i>Corporación</i>
____/____/____	____/____/____	____/____/____
Owner's Date of Birth <i>Fecha de nacimiento del dueño</i>	Date of Partnership <i>Fecha de inicio de la sociedad</i>	Date of Incorporation <i>Fecha de registro de la corporación</i>
  
6. Federal Tax/Employer Identification Number: \_\_\_\_\_  
*Numero federal de identificación del empleador para fines fiscales*
  
7. Florida Registered Agent (Corporations Only):  
*Agente inscrito en la Florida (sólo para compañías)*  
 Name of Company or Individual: \_\_\_\_\_  
*Nombre de la compañía o dueño*  
 Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
*Dirección Ciudad/Estado/Código postal*

8. Information on All Individual Owners/Partners/Corporate Officers and Directors

*Datos de dueños únicos, socios, funcionarios y directores de la compañía*

Name: _____ <i>Nombre y apellido</i>	Title: _____ <i>Cargo</i>
Social Security Number: _____ <i>Número de seguro social</i>	Date of Birth: _____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Home Address: _____ <i>Dirección del domicilio</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>

Name: _____ <i>Nombre y apellido</i>	Title: _____ <i>Cargo</i>
Social Security Number: _____ <i>Número del seguro social</i>	Date of Birth: _____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Home Address: _____ <i>Dirección del domicilio</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>

Name: _____ <i>Nombre y apellido</i>	Title: _____ <i>Cargo</i>
Social Security Number: _____ <i>Número de seguro social</i>	Date of Birth: _____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Home Address: _____ <i>Dirección del domicilio</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>

Name: _____ <i>Nombre y apellido</i>	Title: _____ <i>Cargo</i>
Social Security Number: _____ <i>Número del seguro social</i>	Date of Birth: _____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Home Address: _____ <i>Dirección del domicilio</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>

Name: _____ <i>Nombre y apellido</i>	Title: _____ <i>Cargo</i>
Social Security Number: _____ <i>Número del seguro social</i>	Date of Birth: _____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Home Address: _____ <i>Dirección del domicilio</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>

9. Do you, or any partner(s), corporate officers(s) or stockholder(s) owning, holding, controlling or having a beneficial interest in five (5) percent or more of the issued and outstanding stock, as applicable, have a currently suspended vehicle immobilization license, have outstanding and unsatisfied civil penalties imposed due to violations related to vehicle immobilization or had a vehicle immobilization license that was revoked by action of the Director of the Miami-Dade Consumer Services Department within two (2) years of the date of this application?

*¿Tiene usted o algún socio o funcionario de su corporación que sea dueño, tenga, controle o posea un interés beneficiario de por lo menos cinco (5) por ciento o más de bonos pendientes o emitidos, como sea aplicable, una licencia de inmovilización de vehículo actualmente suspendida, tenga multas civiles pendientes o no satisfechas debido a violaciones de la Ordenanza de inmovilización de vehículo o se le haya revocado una licencia de inmovilización de vehículo por acción del Director del Departamento de Servicios al Consumidor del Condado de Miami-Dade dentro de dos (2) años de la fecha de esta solicitud?*

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No/No \_\_\_\_\_

If yes, provide the circumstances on an attached sheet of paper.

*Si la respuesta es que sí, explique las circunstancias en una hoja de papel adjunta.*

10. Do you, or any partner(s), corporate officers(s) or stockholder(s) owning, holding, controlling or having a beneficial interest in five (5) percent or more of the issued and outstanding stock, as applicable, have any outstanding arrest warrants, have three (3) or more misdemeanors that were committed within the last thirty-six (36) months or have one (1) or more felony convictions within the last five years involving criminal homicide; kidnapping; a sexual offense; an assaultive offense; robbery; burglary; arson; fraud; theft if the offense was committed against a person with whom the applicant came in contact with while engaged in towing or storage services; public indecency; possession of a weapon; and a violation of any laws regarding controlled substances?

*¿Tiene usted o algún socio o funcionario de su corporación que sea dueño, tenga, controle o posea un interés beneficiario de por lo menos cinco (5) por ciento o más de bonos pendientes o emitidos, como sea aplicable, una orden de detención pendiente, tres (3) o más delitos menores que fueron cometidos dentro de los últimos treinta y seis (36) meses o tiene una (1) condena por delito grave dentro de los últimos cinco años que involucre un homicidio criminal, secuestro, ofensa sexual, una ofensa de asalto, robo, incendio, fraude, robo si el crimen fue cometido en remolque o almacenaje, indecencia pública, posesión de un arma de fuego o una violación de cualquier ley en relación con sustancias controladas?*

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No/No \_\_\_\_\_

If yes, provide the circumstances on an attached sheet of paper.

*Si la respuesta es que sí, explique las circunstancias en una hoja de papel adjunta.*

11. Do you, or any partner(s), corporate officers(s) or stockholder(s) owning, holding, controlling or having a beneficial interest in five (5) percent or more of the issued and outstanding stock, as applicable, owe money to Miami-Dade County, Florida, either individually or through any other business, as a result of the following: unpaid civil penalties; unpaid administrative costs for a hearing; unpaid County investigative, enforcement, testing or monitoring costs; or unpaid liens?

*¿Debe usted o algún socio o funcionario de su corporación que sea dueño, tenga, controle o posea un interés beneficiario de por lo menos cinco (5) por ciento o más de bonos pendientes o emitidos, como sea aplicable, deba dinero como resultado de cualquiera de los asuntos siguientes: multas civiles sin pagar; costos administrativos sin pagar por una audiencia judicial; costos de investigación del Condado sin pagar por incumplimiento de la ley, pruebas, gastos de inspección o embargo preventivo?*

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No/No \_\_\_\_\_

If yes, provide the circumstances on an attached sheet of paper.

*Si la respuesta es que sí, explique las circunstancias en una hoja de papel adjunta.*

The following questions will be used for statistical purposes only.

Las preguntas siguientes se hacen sólo para fines estadísticos

12. Race / Raza o etnia

<input type="checkbox"/>	White (Non-Hispanic)/Blanco (No hispano)
<input type="checkbox"/>	Black /Negro
<input type="checkbox"/>	Hispanic /Hispano
<input type="checkbox"/>	Other /Otra _____

13. Primary Language Spoken / Idioma principal

<input type="checkbox"/>	English /Inglés
<input type="checkbox"/>	Spanish /Español
<input type="checkbox"/>	Creole /Creol
<input type="checkbox"/>	French /Francés
<input type="checkbox"/>	Other /Otro _____

14. Gender/Género

<input type="checkbox"/>	Male / Masculino	<input type="checkbox"/>	Female / Femenino
--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------

---

"Delivering Excellence Every Day"  
"Con excelencia día tras día"

**SIGNATURES / FIRMAS**

I/We, \_\_\_\_\_, the undersigned \_\_\_\_\_,  
(Print name) (Print title)

of the business known as \_\_\_\_\_, under penalties of perjury, declare that I/We have read the forgoing application and verify that the facts stated in it are true and complete.

I/We will abide by the provisions of the Code of Miami-Dade County and all other applicable laws.

I/We understand that civil penalties may be imposed for violations of provisions of the Miami-Dade County Code.

I/We acknowledge that, pursuant to Article III of Chapter 30 of the Code of Miami-Dade County, the license number appearing on the license certificate must appear in all advertisement. This requirement pertains to all media to include: free and paid listings in telephone directories, business forms, business cards, flyers, radio, television and internet ads, commercial vehicle adds, signs, announcements, and displays.

I/we acknowledge that omissions or false statements will be grounds for suspension, revocation or non-issuance of a Vehicle Immobilization License.

\_\_\_\_\_  
Signature(s) Date

*Yo/Nosotros \_\_\_\_\_, e/los suscritos/s, \_\_\_\_\_ de la compañía conocida  
Nombre Posición*

*como \_\_\_\_\_, so pena de perjurio, declaro/amos que yo/nosotros, he/hemos leído esta solicitud y verificamos que los hechos declarados en ella, son verdaderos y sin omisiones.*

*Yo/Nosotros cumpliremos las disposiciones del Código del Condado de Miami-Dade y de las demás leyes pertinentes.*

*Yo/Nosotros reconozco/reconocemos que según el Artículo III del Capítulo 30 del Código del Condado de Miami-Dade, el número de inscripción de mi/nuestra compañía de inmovilización de vehículo, tal como aparece en los archivos del Director del Departamento de Servicios al Consumidor del Condado de Miami-Dade, tienen que ser incluidos en todo anuncio y propaganda comercial de mi/nuestra compañía.*

*Yo/Nosotros reconozco/reconocemos que el número de la licencia que aparecer en el certificado de la licencia tiene que aparecer en todos los anuncios. Este requisito se refiere a todo los medios de difusión e incluye listados gratuitos y pagados en guías telefónicas, formularios comerciales, tarjetas comerciales, volantes, anuncios en la radio, la televisión y la Internet, anuncios en vehículos comerciales, letreros, anuncios y despliegues.*

*Yo/Nosotros reconozco/reconocemos que toda omisión o declaración falsa será razón suficiente para la suspensión, revocación o negación de la licencia de inmovilización de vehículo.*

\_\_\_\_\_  
Firma(s) Fecha

**List of Requirements to be submitted with the Application**  
***Lista de requisitos para someter***

Submit copies of the following documents where applicable:  
*Someter copias de los siguientes documentos, si fueran pertinentes:*

1.  Certificate of Use and Occupancy (See attachment #2)  
*Certificado de uso de habitabilidad (Véase anexo #2)*
2.  Copy of Local Business Tax Receipt  
*Copia de comprobante de pago del impuesto comercial local*
3.  Certificate of insurance (Original – no copies) (See attachment #1)  
*Certificado de seguro (Original- no se aceptan copias) (Véase anexo #1)*
4.  Articles of Incorporation/Fictitious Name Registration (See attachment #2)  
*Acta constitutiva, inscripción de nombre ficticio (Véase anexo #2)*
5.  Description of Management Plan (See attachment #2)  
*Descripción del plan administrativo (Véase anexo #2)*
6.  Description of Services (See attachment #2)  
*Descripción de los servicios Ofrecidos (Véase anexo #2)*
7.  Vehicle Immobilization Rates  
*Cargos de inmovilización de vehículos*
8.  Application Fee (See below)  
*Cuota de solicitud (Véase a continuación)*

You are also required to complete a criminal background check and have passport photos taken as part of the application process. Information regarding these requirements will be provided to you when you submit your application to the Consumer Services Department.

*Es necesario que complete un chequeo de investigación penal y obtener fotos de pasaporte como parte del proceso de rellenar la solicitud. La información acerca de estos requisitos se le proveerá cuando usted entregue su solicitud al Departamento de Servicios al Consumidor.*

**Application Fee (Effective October 1, 2006)**  
***Cuota de la solicitud (empezando el 1 de octubre del 2006)***

Initial fee/ <i>Cuota inicial</i> -----	\$630.00
Re-Application fee*/ <i>Cuota de re-solicitud*</i> -----	\$630.00
Background Check Fee***-----	\$24.00
<i>Costo para verificación de antecedente criminal***</i> -----	\$24.00

Licensing fees are non- refundable  
*La Cuota de la licencia no son reembolsables*

\*If the application process is not completed within 60 days from the date that the application was filed with the Consumer Services Department, the application will be considered abandoned and closed and a re-application fee will be required.

*\* Si todos los documentos o información requeridos no se someten dentro de los 60 días contados a partir de la fecha en que la solicitud fue sometida al Departamento de Servicios a Consumidor, considerará que ésta ha sido abandonada y cerrada por lo que se requerirá un nuevo cargo por tratarse de una solicitud nueva.*

**DESCRIPTION OF MANAGEMENT PLAN**  
**DESCRIPCIÓN DEL PLAN ADMINISTRATIVO**

Your management plan must include, at a minimum, the following:

- The location and description of all places of business.
- A description of your system for handling complaints and accidents.
- A description of any communication system you use.

*Su plan administrativo debe incluir, como mínimo, lo siguiente:*

- *La ubicación y descripción de todos los lugares en que se hacen las transacciones del negocio.*
- *Una descripción de su sistema para el manejo de quejas y accidentes.*
- *Una descripción de todo sistema de comunicación que tenga.*

**DESCRIPTION OF SERVICES (NON-CONSENT TOWERS ONLY)**  
**DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (REMOLQUES SIN CONSENTIMIENTO)**

The description of services you plan to provide must include, at a minimum, the following:

- The days and hours of operation.
- Vehicle Immobilization rates.

*Su plan administrativo debe incluir, como mínimo, lo siguiente:*

- *Los días y horarios de funcionamiento.*
- *Cargos de inmovilización de vehículos.*

**MIAMI-DADE COUNTY BUSINESS LICENSING INFORMATION**  
**INFORMACIÓN SOBRE LAS LICENCIAS COMERCIALES DEL CONDADO DE MIAMI-DADE**

Every business in Miami-Dade County must have proper business licenses. The following is a list of commonly needed licenses and/or permits:

*Todo negocio del Condado de Miami-Dade tiene que obtener las licencias comerciales correctas. A continuación, se encuentra una lista de las licencias y permisos que se solicitan más frecuentemente:*

**FICTITIOUS NAME REGISTRATION:** If your business uses a name other than your own personal one, it must be registered under the Fictitious Name Act.

Contact: Secretary of State, Division of Corporation, Fictitious Name Registration,  
PO Box 1300, Tallahassee, FL 32303-1300. Telephone: (850) 488-9000

**INSCRIPCIÓN DE UN NOMBRE FICTICIO:** *Si su negocio usa un nombre que no es el suyo personal, tiene que estar inscrito con arreglo a la ley sobre nombres ficticios.*

Contacto: *Secretary of State, Division of Corporation, Fictitious Name Registration, PO Box 1300, Tallahassee, FL 32303-1300. Tel.: (850) 488-9000*

**CORPORATION FILING:** To file articles of incorporation.

Contact: Florida Department of State, Division of Corporations, Corporate Filings,  
PO Box 6327, Tallahassee, FL 32314. Telephone: (850)245-6052

**CONSTITUCIÓN DE UNA COMPAÑÍA:** *Para formar una compañía, comuníquese con: Florida Department of State, Division of Corporations, Corporate Filings, PO Box 6327, Tallahassee, FL 32314. Tel.: (850)245-6052*

**CERTIFICATE OF USE AND OCCUPANCY:** If your business is located in the unincorporated area of Miami-Dade County, you are required to obtain a Certificate of Use and Occupancy (Zoning Use Permit).

Contact: Building Department, Zoning Permit Section, 11805 SW 26 Street, Miami, FL 33175.  
Telephone: (786) 315-2100

If your business is located within a municipality, contact your municipal officials.

**CERTIFICADO DE USO Y DE HABITABILIDAD:** *Si su negocio se encuentra en la zona no constituida en municipio de Condado de Miami-Dade, es necesario que usted obtenga un certificado de de uso y habitabilidad u ocupación (permiso de uso de zonificación).*

Contacto: Building Department, Zoning Permit Section, 11805 SW 26 Street, Miami, FL 33175.  
Tel.: (786) 315-2100

*Si su negocio está en un municipio, comuníquese con los funcionarios de éste.*

**OCCUPATIONAL LICENSE:** Once you have obtained your Certificate of Use and Occupancy or Zoning Use Permit, you are required to obtain a County Occupational License.

Contact: Finance Department, Occupational Licenses, 140 West Flagler Street, Room 101, Miami, FL 33130. Telephone: (305) 270-4949

If your business is located within a municipality, you may also need a municipal Occupational License. Contact your municipal officials.

Si su negocio esta localizado en una municipalidad, es posible que necesite una licencia ocupacional de esa municipalidad. Por favor contactar las oficinas de esa municipalidad para más información.

**LICENCIA OCUPACIONAL O PROFESIONAL:** *Cuando usted haya obtenido su certificado de uso y ocupación y su permiso de uso de zonificación, tiene que obtener una licencia ocupacional del condado.*

Contacto: Finance Department, Occupational Licenses, 140 West Flagler Street, Room 101, Miami, FL 33130. Tel.: (305) 270-4949

**OTHER REQUIRED INFORMATION:** Other information required from the State and Federal Governments include:

Sales Tax – Contact: Florida Department of Revenue, 8175 NW 12 Street, Miami, FL 33126  
Telephone: (305) 470-5001

Federal Employer Identification Number – Contact: Internal Revenue Service, Federal Building, 51 SW 1 Street, #705, Miami, FL 33126. Telephone: (800) 829-3676

**OTROS DATOS NECESARIOS:** *Otros datos que pudiera necesitar del gobierno estatal o federal son: Impuesto sobre las ventas – Contacto: Florida Department of Revenue, 8175 NW 12 Street, Miami, FL 33126*

*Tel.: (305) 470-5001*  
*Número federal de identificación laboral – Contacto: Internal Revenue Service, Federal Building, 51 SW 1 Street, #705, Miami, FL 33126. Tel.: (800) 829-3676*

## ADDENDUM TO APPLICATION

Pursuant to Section 119.071(5), Florida Statutes (2007), agencies are required to adopt a written Social Security number collection policy.

The Consumer Services Department collects your Social Security number for the following purposes: Identification and Verification.

For those applying for a license, registration or certificate requiring a criminal background check, your Social Security number will also be used to verify this information.

Social Security numbers are also used as a unique numeric identifier and may be used for search purposes.

*Acordando con la Sección 119.071(5), del estatuto de la Florida (2007), agencias gubernamentales están requeridas a proveer un aviso escrito en referencia a la solicitud de su número de seguro social.*

*El Departamento de Servicios al Consumidor pide su número de seguro social por las siguientes razones: Identificación y Verificación.*

*Para los que aplican para una licencia, certificado o registracion requiriendo un chequeo criminal, su número de seguro social será usado para verificar información.*

*Números de seguro social son utilizados para identificar su número específico y para buscar su licencia.*

All applications must be entirely filled out by the person applying for the license. Incomplete applications, such as those without full payment, signature or required documents will be immediately denied. A copy of the applicant's picture identification will be required if someone else is submitting the application and paperwork for the applicant.

Toda solicitud será llenada únicamente por el solicitante. Solicitudes incompletas, tales como las que no incluyen todo el pago, estén sin firmar, o sin los documentos requeridos serán inmediatamente negadas. Si otra persona, en lugar del solicitante, esta proveyendo esta solicitud y los documentos requeridos, también tendrá que suministrar una copia de la identificación con foto del solicitante