



**WATER REMETERING REMETERER INITIAL REGISTRATION APPLICATION**  
**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INICIAL DE INSTALADORES Y MEDIDORES DE AGUA**

**(By authority of Article XVIII of Chapter 8A of the Code of Miami-Dade County)**  
**(Conforme al Artículo XVIII del Capítulo 8A del Código del Condado de Miami-Dade)**

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

1. Business Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre del negocio*

2. Fictitious (Trade) Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre ficticio o nombre comercial por el cual se conoce a la compañía*

3. Business Address (Post Office Box Not Accepted)  
*Dirección del negocio (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:*  
 Sole Proprietor  Partnership  Corporation  
*Dueño único Sociedad Compañía*  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Owner's Date of Birth      Date of Partnership      Date of Incorporation  
*Fecha de nacimiento del dueño Fecha de inicio de la sociedad Fecha de registro de la corporación*

6. Florida Registered Agent (Corporations Only):  
*Agente inscrito en la Florida (sólo para compañías)*  
Name of Company or Individual: \_\_\_\_\_  
*Nombre de la compañía o del dueño*  
Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
*Dirección Ciudad/Estado/Código postal*

7. Federal Tax/Employer Identification Number: \_\_\_\_\_  
*Numero federal de identificación del empleador*

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>
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>
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>
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>
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>
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. List the names and addresses of any other corporations, entities or trade names through which business is conducted:

*Haga una lista del nombre y dirección de toda otra compañía, entidad o nombre comercial mediante los cuales se realizan las transacciones comerciales:*

---



---



---

---

---

10. Have you, or any partner(s) or corporate officer(s), as applicable, ever failed to comply with the terms of a cease and desist order, notice to correct a violation, written assurance of compliance, or any other lawful order of the Director of the Miami-Dade County Consumer Services Department with regard to water remetering?

*Si fuera pertinente, ¿usted o algún socio o funcionario de la compañía han dejado alguna vez de acatar los términos de un mandamiento ordenando el cese de determinada práctica comercial, de una notificación para corregir una infracción, de una seguridad escrita de cumplimiento o de alguna otra orden lícita del director del Departamento de Servicios al Consumidor del Condado de Miami-Dade en relación a instalación de medidores de agua?*

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) or corporate officer(s), 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 dinero usted o algún socio o funcionario de su compañía al Condado de Miami-Dade, Florida, sea individualmente o a través de algún otro negocio, 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.*

12. Who is responsible for having the submeters installed? Remeterer \_\_\_\_\_ Property Owner \_\_\_\_\_

*¿Quién es responsable de instalar los contadores? El instalador \_\_\_\_\_*

*El dueño de la propiedad \_\_\_\_\_*

The following questions will be used for statistical purposes only.  
Las preguntas siguientes se hacen sólo para fines estadísticos

13. Race / Raza o etnia

- White (Non-Hispanic)/Blanco (No hispano)  
 Black /Negro  
 Hispanic /Hispano  
 Other /Otra \_\_\_\_\_

14. Primary Language Spoken / Idioma principal

- English /Inglés  
 Spanish /Español  
 Creole /Creol  
 French /Francés  
 Other /Otro \_\_\_\_\_

15. Gender/Género

- Male / Masculino       Female / Femenino

**List of Requirements to be Submitted**  
***Lista de requisitos que es necesario satisfacer***

Submit copies of the following documents:  
*Someter copias de los documentos siguientes:*

1.  Copy of Local Business Tax Receipt  
*Copia de comprobante de pago del impuesto comercial local*
2.  Copy of Certificate of Competency of the registered or certified plumbing contractor from Miami-Dade County or the State of Florida performing the work (if applicable)  
*Copia del certificado de competencia del contratista de plomería inscrito o certificado por el Condado de Miami-Dade o el Estado de la Florida que esté haciendo el trabajo, si fuera pertinente*
3.  Proof of comprehensive general liability which shall have a minimum limit of three hundred thousand dollars (\$300,000.00) per occurrence combined single limit for bodily injury and property damage  
*Prueba de seguro de responsabilidad general comprensivo general que tendrá un mínimo de trescientos mil dólares (\$300,000) como límite individual combinado por cada suceso de lesión corporal y responsabilidad por los daños a la propiedad*
4.  Worker's Compensation paper work (See attachment #1)  
*Documentos de compensación al trabajador (Ver anexo #1)*
5.  List of properties you provide service for in Miami-Dade County  
*Lista de propiedades a las que usted presta servicios en el Condado de Miami-Dade*
6.  Application Fee (See attachment #2)  
*Cuota de la solicitud (Ver anexo #2)*

\_\_\_\_\_

**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 omissions or false statements will be grounds for suspension, revocation or non-issuance of a Water Remetering Remeterer Registration.

\_\_\_\_\_  
Signature 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 verifico/amos que los hechos declarados en ella son verdaderos y sin omisiones.

Yo/Nosotros entendemos que multas civiles pueden ser impuestas por violaciones del código del Condado de Miami-Dade.

Yo/Nosotros reconozco/reconocemos que toda omisión o declaración falsa será razón suficiente para la suspensión, revocación o denegación de la inscripción para la instalación y medición.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

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

**Workers' Compensation Coverage**  
**Cobertura de Compensación al Trabajador**

The following have been enclosed (Check One):

*Lo siguiente ha sido incluido (Marque uno):*

- Workers' Compensation Certificate of Insurance; Or  
*Certificado de seguro de compensación al trabajador; o*
- State of Florida Certificate of Exemption; Or  
*Certificado de exención del Estado de la Florida; o*
- Letter affirming that Workers' Compensation Insurance is not required by law  
(You may use the form below)  
*Carta afirmando que el seguro de compensación al trabajador no es obligatorio según la ley (Puede utilizar el formulario mencionado abajo)*

***Letter affirming Workers' Compensation Insurance not required by Florida Law***

Under penalties of perjury, I, \_\_\_\_\_,  
as (Circle One) Individual Owner/General Partner/Officer or Director, hereby affirm that under  
Section 440 of the Florida Statutes and other applicable Florida laws, the business known as:  
\_\_\_\_\_ is not required to carry  
Workers' Compensation Insurance for the following reasons:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

***Carta en que se afirma que el Seguro de Compensación al Trabajador no es obligatorio según la ley de la Florida***

*So pena de perjurio, yo, \_\_\_\_\_, como (trace un círculo alrededor de una de las opciones siguientes: dueño individual / socio/funcionario o director, afirmo que según la Sección 440 de los Estatutos de la Florida y de otras leyes pertinentes del Estado de la Florida, la compañía conocida como:*

\_\_\_\_\_ no está obligada de obtener el seguro de Compensación al Trabajador por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

--

Attachment #2  
Anexo #2

Application Fee <i>Cuota de la solicitud</i>	
Application fee*-----	\$280.00
<i>Cuota de la solicitud*</i>	
<b>Licensing fees are non- refundable/ <i>La Cuota de la licencia no son reembolsables</i></b>	

\*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 new application fee will be required.

*\* Si usted no completa su solicitud en los 60 días después de la fecha en que su solicitud fue sometida al Departamento de Servicios al Consumidor, se le considerará abandonada y cerrada por lo que será necesario someter una nueva solicitud y se cobrará una nueva cuota.*

Make checks payable to the “Miami-Dade Board of County Commissioners”. Mail the completed application and fee to:

*Haga los cheques pagaderos a “Miami-Dade Board of County Commissioners”. Envíe por correo la solicitud rellena y la cuota de la solicitud a:*

Miami-Dade County Consumer Services Department  
Consumer Protection Division  
140 West Flagler Street, Suite 902  
Miami, Florida 33130

## 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 registración 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.*