



LOCKSMITH BUSINESS INITIAL REGISTRATION APPLICATION
SOLICITUD INICIAL DE PERMISO PARA COMPANIA DE CERRAJERIA

(By authority of Article XVII of Chapter 8A of the Code of Miami-Dade County)
(Por la autoridad del Artículo XVII del Capítulo 8A del Código de Miami-Dade County)

1. Legal Business Name: _____
Nombre Oficial de la Compañía

2. Fictitious Name: _____
Nombre Ficticio

3. Business Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección de la Compañía Ciudad/Estado/Código Postal

List all additional offices in the spaces provided below
Indique todas las sucursales en los siguientes espacios

Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección Ciudad/Estado/Código Postal

Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección Ciudad/Estado/Código Postal

Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección Ciudad/Estado/Código Postal

4. Business Phone Number: (____) ____ - ____ Cellular Phone Number: (____) ____ - ____
Numero Telefónico de la Compañía Número de Celular

E-mail Address: _____ Fax Number: (____) ____ - ____
Dirección de E-mail Numero de Fax

5. Ownership Type / *Tipo de Empresa:*

Sole Proprietor
Individuo

Partnership
Sociedad

Corporation
Corporación

____/____/____
Birth date of Proprietor
Fecha de Nacimiento del Individuo

____/____/____
Date of Partnership
Fecha de Sociedad

____/____/____
Date of Incorporation
Fecha de Incorporación

6. Business Ownership Information / Información de los dueños de la Compañía:

Name: _____ <i>Nombre</i>	Position: _____ <i>Posición</i>
Social Security Number: _____ <i>Numero de seguro social</i>	Date Of Birth: _____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Home Address: _____ <i>Dirección de residencia</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i>

Name: _____ <i>Nombre</i>	Position: _____ <i>Posición</i>
Social Security Number: _____ <i>Numero de seguro social</i>	Date Of Birth: _____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Home Address: _____ <i>Dirección de residencia</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i>

Name: _____ <i>Nombre</i>	Position: _____ <i>Posición</i>
Social Security Number: _____ <i>Numero de seguro social</i>	Date Of Birth: _____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Home Address: _____ <i>Dirección de residencia</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i>

7. Registered Agent (Corporations Only):

Agente Inscrito (Compañía Solamente):

Name of Company or Individual: _____

Nombre de la Compañía o Individuo

Address: _____ City/State/Zip: _____

Dirección Ciudad/Estado/Código Postal

8. Person actively in charge of business / Persona activamente encargada de la compañía:

Name: _____ Position: _____

Nombre Posición

Home Address: _____ City/State/Zip: _____

Dirección de residencia Ciudad/Estado/Código Postal

Home Phone Number: (____) ____-____

Teléfono de residencia

9. Federal Tax/Employer Identificación Number: _____

Numero Federal De Identificación De Empleador/

10. List all convictions, in any jurisdiction, whether or not adjudication has been withheld, for felonies, misdemeanors or ordinance violations (excluding traffic violations), for robbery, burglary, larceny, theft, possession of a stolen car, breaking and entering, or any other crime related to locksmithing for the past five (5) years for the individual applicant, for each general partner of a partnership or for each owner, officer or director of a corporation. If none, enter the word "none".

Indique todas las infracciones, en cualquier jurisdicción, incluyendo alguna en que la corte ha retenido adjudicación de cualquier felonía o violaciones de ordenanzas (excluyendo las violaciones de trafico), que envuelve robo, hurto, posesión de un auto robado, o cualquier otro crimen relacionado a cerrajería en los pasados (5) años por el aplicante individual, cada miembro de una sociedad comercial, o por cada dueño o director de la corporación. Si no hay condena, indíquelo en el formulario escribiendo "none."

11. List all convictions, in any jurisdiction, whether or not adjudication has been withheld, of any felony involving moral turpitude relating to sex, the use of a deadly weapon, homicide, violence against a law enforcement officer, or as a habitual violent felony offender for the individual applicant, for each general partner of a Partnership, or for each owner, officer, or director of a corporation, If none, enter the word "none".

Indique toda condena, en cualquier jurisdicción, incluyendo alguna en que la corte ha retenido adjudicación, de cualquier felonía que envuelve imoralidad sexual, uso de un arma mortal, homicidio, violencia en contra de un oficial de la policía, o como criminal violento habitual del aplicante, miembro de una sociedad comercial, o por cada dueño, oficial o director de una corporación. Si no hay condena, indíquelo en el formulario escribiendo "none."

12. Do you, or any partner(s) or corporate officer(s), if applicable, owe money to Miami-Dade County, Florida, either individually or through any other business, as a result of any of the following: unpaid civil penalties; unpaid administrative costs for a hearing; unpaid County investigative, enforcement, testing or monitoring costs; or unpaid liens?

Usted, o algún socio(s) u oficial(es) de la corporación, si le aplica, deben dinero al Condado de Miami-Dade o el Estado de la Florida, ya sea individualmente o a través de cualquier otro negocio, como resultado de cualquiera de lo siguiente: penalidades civiles no pagadas; costos administrativos por una audiencia judicial; costos de investigación, cumplimiento de la ley, pruebas o aviso del Condado; u obligación, no pagados.

Yes/Si _____ No/No _____

13. List all of the persons who perform Locksmith work. Include owner and employees.
Indique todas las personas que hacen trabajo de Cerrajería. Incluya el dueño y los empleados.

Name: _____ <i>Nombre</i>	Social Security Number: _____ - _____ - _____ <i>Número de Seguro Social</i>
Home Address: _____ <i>Dirección de Residencia</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i>
Miami- Dade County Certification Number: _____ <i>Numero de Certificación de Miami-Dade County</i>	

Name: _____ <i>Nombre</i>	Social Security Number: _____ - _____ - _____ <i>Número de Seguro Social</i>
Home Address: _____ <i>Dirección de Residencia</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i>
Miami- Dade County Certification Number: _____ <i>Numero de Certificación del Miami-Dade County</i>	

Name: _____ <i>Nombre</i>	Social Security Number: _____ - _____ - _____ <i>Número de Seguro Social</i>
Home Address: _____ <i>Dirección de Residencia</i>	City/State/Zip: _____ <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i>
Miami- Dade County Certification Number: _____ <i>Numero de Certificación del Miami-Dade County</i>	

*If more space is needed, use additional sheets. *Si le hace falta espacio adicional, use otra hoja.*

14. Locksmith vehicle(s) information (Add additional sheets as needed):
Vehículos de Cerrajería (añada hojas, si fuera necesario)

Vehicle ID No. <i>No. de identificación del vehículo</i>	Vehicle Tag No. <i>No. de matrícula o placa del vehículo</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

The following questions are optional and will be used for statistical purposes only.
Las siguientes preguntas son opcionales y serán usadas solamente para estadísticas.

15. Race / Raza

- White (Non-Hispanic)/Blanco (No Hispano)
 Black /Negro
 Hispanic /Hispano
 Other /Otro _____

16. Primary Language Spoken / Idioma Principal

- English /Ingles
 Spanish /Español
 Creole /Creole
 French /Frances
 Other /Otro _____

17. Gender/Genero

- Male / Masculino Female / Femenino

*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 antes de 60 días de la fecha en que su solicitud fue sometida al Departamento de Consumer Services, la solicitud es considerada abandonada y cerrada. Una solicitud nueva y cuota nueva es requerida.*

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

SIGNATURES / FIRMAS

I/We, _____, the undersigned _____,
(Print name) (Print tile)

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 VII of Chapter 8A 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 Locksmith Registration.

Signature Date

*Yo/Nosotros _____, el suscrito, _____ de la compañía conocida
Nombre Posición
como _____, bajo penalidad de perjurio, declaro que yo/nosotros, he/hemos
leído esta solicitud y verificamos que los hechos declarados en esta, son verdaderos y sin
omisiones.*

Yo/Nosotros cumpliremos las provisiones del Codigo de Miami-Dade County y otras leyes que apliquen.

Yo/Nosotros reconocemos que bajo el Artículo XVII, del Capitulo 8A, del Codigo de Miami-Dade County, el nombre y numero de registro de mi/nuestra compañía de cerrajería, tal como aparece en los archivos del Director del Departamento de Consumer Services de Miami-Dade County, tiene que ser incluido en 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 reconocemos que omisiones o falsas declaraciones serán razones para suspensión, revocación o negación de la licencia de cerrajería.

Firma Fecha

Attachment #1 (Adjunto # 1)

List of Requirements to be submitted
Lista de Requisitos para someter

Submit copies of the following documents where applicable:
Someter copias de los siguientes documentos si es aplicable:

1. Copy of Local Business Tax Receipt
Copia de comprobante de pago del impuesto comercial local
2. Articles of Incorporation/Fictitious Name Registration
Artículos de Corporación / Registracion de nombre ficticio
3. Certificate of insurance with a minimum of \$25,000 combined liability.
Certificado de seguro con un mínimo de \$25,000 de cobertura de liability combinado.
(See attachment #3) / (*Ver adjunto #3*)
4. Locksmith registrations with Miami-Dade Consumer Services Department
Permisos de cerrajería con el departamento de Consumer Services de Miami-Dade
5. Photographs of locksmith vehicles showing required signage
Fotografía del vehículo de Cerrajería demostrando la información requerida
6. Application Fee
Costos de solicitud
7. Workers' Compensation paper work
Documentos de compensación al trabajador
(See attachment #2) / (*Ver adjunto #2*)

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 requerido que complete un chequeo de investigación criminal y obtener fotos de pasaporte como parte del proceso de completar la solicitud. Información acerca de estos requisitos se le proveerá cuando usted entregue su solicitud al Departamento de Consumer Services.

Application Fees
Cuota de Solicitud

Initial fee----- See Attachment #4
Cuota inicial (Ver adjunto # 4)

Re-Application fee*----- \$325.00
Cuota de re-solicitud

Background Check Fee / (per officer/director) ***-----\$24.00
*Costo para verificación de antecedente criminal/ (por oficial/director)***-----\$24.00*

***A criminal background check is conducted of all applicants.

****Todo solicitante será sometido a una verificación de antecedentes criminales.*

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

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 Excepción 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 requerido bajo 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 afirmando Seguro de Compensación al trabajador no requerida bajo la ley de la Florida

Bajo penalidades de perjurio, Yo, _____, como
(Circule Uno) Dueño Individual / Socio/ Oficial o Director, afirmo que bajo la Sección 440 del
Estado de la Florida con otras leyes aplicables del Estado de la Florida y otras leyes que le
aplique, la compañía conocida como: _____
no esta requerida a obtener seguro de Compensación al Trabajador por las siguientes razones:

Firma

Fecha