



MOVING BUSINESS INITIAL REGISTRATION APPLICATION
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INICIAL PARA UN NEGOCIO DE MUDANZAS

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

1. Legal Business Name: _____
Nombre oficial de la compañía

2. Fictitious (Trade) Name: _____
Nombre ficticio o nombre por el cual se conoce en el giro a la compañía

3. Mailing Address (Post Office Box Not Accepted):
Dirección postal (no se aceptan apartados postales)
Address _____ City/State/Zip: _____
Dirección de la compañía Ciudad/Estado/Código postal

4. Principal Place of Business, if Different From Above (Post Office Box Not Accepted)
Local principal del negocio, si fuera distinto a lo que consta arriba (No se aceptan apartados postales)
Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección Ciudad/Estado/Código postal

List all branch offices in the spaces provided below

Enumere todas las demás oficinas del negocio en el espacio a continuación

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

5. 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

6. Ownership Type / Tipo de empresa:

Sole Proprietor Partnership Corporation
Dueño único Sociedad Corporación

____/____/____ _____/____/____ _____/____/____
Owner's Date of Birth Date of Partnership Date of Incorporation
Fecha de nacimiento del dueño Fecha de inicio de la sociedad Fecha de constitución de la corporación

7. Information on 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>

8. 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

9. List the names of any other corporation, entity, or trade name through which any owner, director or officer did business as a mover within the past five years:

Dé el nombre de toda otra compañía, entidad o nombre usado en el giro por cualquiera de los dueños, directores o funcionarios para realizar negocios como agente de mudanzas en los últimos cinco años.

10. Person actively in charge of business / *Persona encargada activamente del negocio:*

Name: _____ Title: _____
Nombre y apellido Cargo
Home Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección del domicilio Ciudad/Estado/Código postal
Home Phone Number: (____) ____-____
Teléfono del domicilio

11. Federal Tax/Employer Identification Number: _____
Numero federal para fines impositivos o de identificación del empleador

12. Have you, or any partner(s) or corporate officers(s), as applicable, ever been enjoined by a court of competent jurisdiction from engaging in the trade or business of moving?

¿Les ha prohibido un tribunal de jurisdicción competente hacer negocios en el giro de las mudanzas a usted, a alguno de sus socios o a alguno de los funcionarios de la compañía?

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.

13. 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 the operation of a moving business?

¿Han dejado de cumplir los términos de una orden de cesar y abstenerse, un aviso para corregir una infracción, una seguridad escrita de cumplimiento o alguna otra orden judicial del Director del Departamento de Servicios al Consumidor del Condado de Miami-Dade en relación con el funcionamiento de un negocio de mudanzas usted, uno de sus socios o uno de los funcionarios de la compañía?

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.

14. 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 corporación al Condado de Miami-Dade, Florida, sea individualmente o a través de cualquier 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.

15. Total number of employees currently employed: _____
Número total de los empleados actuales

16. Moving vehicle(s) information (Add additional sheets as needed):
Vehículos de mudanzas (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>	Gross Weight of Vehicle <i>Peso bruto del vehículo</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

17. Race / *Raza o etnia*

- White (Non-Hispanic)/*Blanco (No hispano)*
- Black /*Negro*
- Hispanic /*Hispano*
- Other /*Otra* _____

18. Primary Language Spoken / *Idioma principal*

- English /*Inglés*
- Spanish /*Español*
- Creole /*Creol*
- French /*Francés*
- Other /*Otro* _____

19. Gender/*Género*

- Male / *Masculino*
- 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 XVI of Chapter 8A of the Code of Miami-Dade County, The registration number appearing on the registration certificate must appear in all advertisements. 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 ads, signs, announcements, and displays.

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

Signature Date

*Yo/Nosotros _____, el/los suscritor/s, _____ de la compañía
Nombre y apellido en letra de molde Cargo en letra de molde
conocida por _____, so pena de perjurio, declaro/declaramos que he/hemos leído
esta solicitud y que los hechos declarados en ella son verdaderos y sin omisiones. Yo/Nosotros
cumpliré/cumpliremos las disposiciones del Código del Condado de Miami-Dade y todas las
leyes pertinentes. Sé/Sabemos que se me/nos pudieran imponer sanciones civiles por infracciones
de las disposiciones del Código del Condado de Miami-Dade.*

*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.*

*Sé/Sabemos que toda omisión o declaración falsa puede ser motivo para la suspensión,
revocación o denegación de la licencia de inscripción para realizar mudanzas.*

Firma Fecha

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 fueran pertinentes:

1. Copy of Local Business Tax Receipt
Copia de comprobante de pago del impuesto comercial local
2. Articles of Incorporation/Fictitious Name Registration
Acta constitutiva, inscripción de nombre ficticio
3. Certificate of insurance to include General Liability, Motor Vehicle Liability (\$50,000 combined single limit for vehicles with GVW of 35,000 lb. or less; \$100,000 combined single limit for vehicles with GVW in excess of 35,000 lbs.) and Cargo Liability (valuation of \$10,000 combined single limit minimum with 60 cents per lb. per article)
Certificado de seguro que incluya responsabilidad general, responsabilidad por un vehículo automotor (\$50,000 de límite individual combinado de vehículos con un peso bruto de 35,000 libras o menos; \$100,000 para un límite individual de vehículos de peso bruto de más de 35,000 libras) y responsabilidad de carga (de valuación de \$10,000 como límite mínimo individual combinado con 60 centavos por libra por artículo)
4. Workers' Compensation Insurance / Seguro de accidentes de trabajo
(See attachment #2) / *(Ver anexo #2)*
5. Application Fee / Costo de la solicitud
6. Copy of contract for service (bill of lading), Moving Consumer Bill of Rights and Disclosure Statement on Mover's letterhead and any other document or form used when dealing with the public with respect to the shipment of household goods.
Copia del contrato por el servicio (reconocimiento de embarque), carta de los derechos del de bienes consumidor que se muda y declaración en papel membreteado de la agencia de mudanzas y de todo otro documento o formulario empleado relativo al público respecto del envío domésticos. (See attachment #4A)/(Ver anexo #4B)

*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 posteriores a 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.*

Application Fee
Cuota de la solicitud

Initial fee*----- See Attachment #3
Cuota inicial-----Ver anexo # 3*

A decal fee will be added to each additional truck
Un Cuota de la calcomanía será añadido a cada camión adicional

One year Decal fee-----\$30.00
calcomanía por un año-----\$30.00

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

Workers' Compensation Coverage

Cobertura del seguro de accidentes de trabajo

The following have been enclosed (Check One):

Lo siguiente ha sido incluido (Marque uno):

Workers' Compensation Certificate of Insurance; or
Certificado de seguro de accidentes de trabajo; 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 de declaración de que las leyes no requieren el seguro de accidentes de trabajo
(Puede utilizar el formulario que consta a continuación)*

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 declara que las leyes de la Florida no requieren el seguro de accidentes de trabajo.

So pena por perjurio, yo _____, en calidad de (traced un círculo alrededor de una de las opciones siguientes) dueño individual, socio general, funcionario o director, por la presente afirmo que conforme a la Sección 440 de los Estatutos de la Florida y otras leyes pertinentes de la Florida, al negocio conocido por _____ no se le requiere tener seguro de accidentes de trabajo por los motivos siguientes:

Firma

Fecha