



Teléf: 786-469-2300



Fax: 786-469-2311



email: license@miamidade.gov

SOLICITUD PARA INSCRIBIR UN NEGOCIO DE CERRAJERO

Tipo de solicitud: Marque uno de los siguientes:

Primera

Renovación

TIPO DE PROPIETARIO: Marque uno de los siguientes:

Corporación

Propietario único

Nombre ficticio

Otro _____

INFORMACIÓN COMERCIAL:

Nombre de la empresa: _____

Haciendo negocios como (D/B/A, sigla en inglés) _____

Dirección : _____

Dirección de envío: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Celular: _____

Correo electrónico _____ Número de la licencia de cerrajero otorgada por el condado: _____

Número de identificación tributaria federal (FEID#, sigla en inglés): _____

INFORMACIÓN SOBRE EL DUEÑO/DIRECTIVO: (Sírvese adjuntar una página aparte para dueños/directivos adicionales)

Nombre del dueño/directivo: _____

Nombre del dueño/directivo: _____

Puesto: _____

Puesto: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección y código postal: _____

Dirección y código postal: _____

Persona activamente encargada del negocio:

Nombre: _____

Título: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono del domicilio: (____) _____ - _____

Celular: (____) _____ - _____

Por favor responda sí o no a las siguientes preguntas:

- Sí** **No** ¿Usted o algún(os) socio(s), directivo(s) corporativo(s) o accionista(s) tiene(n) alguna condena, en cualquier jurisdicción, aunque adjudicación haya sido o no sido retenida, por delitos mayores, delitos menores o violaciones de ordenanzas (excluya multas de tránsito), por asalto, hurto, latrocinio, robo, posesión de un auto robado, allanamiento de morada o cualquier otro crimen relacionado con la cerrajería durante los últimos cinco (5) años que involucra al solicitante individual, a cada socio general de una sociedad o a cada dueño, directivo o director de una corporación. *Si es que sí, sírvase proporcionar detalles en una página separada..*
- Sí** **No** ¿Usted o algún(os) socio(s), directivo(s) corporativo(s) o accionista(s) tiene(n) alguna condena, en cualquier jurisdicción, aunque adjudicación haya sido o no sido retenida, por cualquier delito mayor involucrando torpeza moral teniendo que ver con sexo, el uso de un arma mortífera, homicidio, violencia contra un agente de la ley o como un infractor que comete delitos mayores violentos habitualmente y que involucra al solicitante individual, a cada socio general de una sociedad o a cada dueño, directivo o director de una corporación. *Si es que sí, sírvase proporcionar detalles en una página separada.*
- Sí** **No** ¿Usted o algún(os) socio(s), o directivo(s) corporativo(s), o accionista(s), como sea aplicable, le debe(n) dinero al Condado de Miami-Dade, Florida, individualmente o a través de algún otro negocio, como resultado de lo siguiente: fallos civiles no pagados; gastos administrativos por una audiencia que no han sido pagados; gastos investigativos, de aplicación de fallos, de pruebas o de monitoreo del Condado que no han sido pagados; o embargos preventivos que no han sido pagados? *Si es que sí, sírvase proporcionar detalles en una página separada.*

OFICINAS ADICIONALES: (Sírvase añadir una página aparte para direcciones adicionales.)

Dirección: _____
 Número principal:(____) _____ - _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____
 Número secundario:(____) _____ - _____

Dirección: _____
 Número principal:(____) _____ - _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____
 Número secundario:(____) _____ - _____

HAGA UNA LISTA DE TODAS LAS PERSONAS QUE TRABAJAN COMO CERRAJEROS

(Sírvase añadir una página aparte para nombres adicionales)

NOMBRE DEL CERRAJERO	# DE CERTIFICACIÓN

Carta que declara que el seguro de compensación para trabajadores no es requerido por la ley de la Florida

Bajo penas de perjurio, Yo, _____, como (ponga un círculo alrededor de uno) Dueño Individual/Socio General/Directivo o Director, declaro por la presente que bajo la sección 440 de los estatutos de la Florida y otras leyes que se aplican, el negocio conocido como: _____ no está obligado a tener seguro de compensación para trabajadores por la siguientes razones:

Firma

Fecha

Yo, _____, el suscrito, declaro bajo pena de perjurio, que he leído la solicitud precedente y verifico que los hechos declarados en esta son ciertos y completos. Yo cumpliré con las provisiones del Código del Condado de Miami-Dade y todas las otras leyes que se apliquen. Yo entiendo que penas civiles pueden ser impuestas por violaciones del Código del Condado de Miami-Dade. Yo reconozco que como dispone el Artículo VII del Capítulo 8A del Código del Condado de Miami-Dade, el número de licencia que aparece en el certificado de licencia tiene que aparecer en toda la publicidad. Este requisito concierne a todos los medios que incluyen: publicidad gratuita y pagada en directorios telefónicos, formularios de negocios, tarjetas de presentación, folletos, radio, televisión y avisos por internet, publicidad en vehículos comerciales, letreros, anuncios y anuncios destacados. Yo reconozco que omisiones o declaraciones falsas serán motivo para la suspensión, revocación o la no-emisión de una Inscripción de Cerrajero. **Además, yo reconozco que las tarifas para la licencia no son reembolsables y que solicitudes incompletas serán denegadas inmediatamente.**

Hay dos opciones de envío:

- 1) imprima esta solicitud, firme y ponga la fecha, y envíela por correo a nuestra oficina, o
- 2) firmar electrónicamente, cargar, junto con lo requerido de la lista de verificación anterior a https://energov.miamidade.gov/EnerGov_Prod/SelfService#/home y pagar las tarifas.

Instrucciones para firmar electrónicamente:

- 1) escriba **/s/** al comienzo de cada bloque de firma; 2) luego escriba su nombre completo; 3) feche la solicitud.

Su firma electrónica debe aparecer como: **/s/ Jane Doe**


Una firma electrónica tiene la misma fuerza y efecto que una firma escrita, de conformidad con la Sección 668.004, Estatutos de Florida


FIRMA DEL SOLICITANTE


FECHA


PARA TODOS LOS DIRECTIVOS CORPORATIVOS Y PROPIETARIOS ÚNICOS

Política de recolección de Números de Seguro Social: Según lo dispuesto por la seccion 119.071(5) de los Estatutos de la Florida, las agencias están obligadas a adoptar una política por escrito de Recolección de Números de Seguro Social. La Oficina de Proteccion al Consumidor necesita los ultimo cuatro números del Seguro Social para la verificación de su identificación. Por favor escriba en los cuadros de abajo los ultimo cuatro números de su Seguro Social. Una vez completada la investigación de sus antecedentes criminales, su número de Seguro Social será tachado de nuestro expediente.

_____ 
Nombre/último cuatro de su número del seguro social

_____ 
Nombre/último cuatro de su número del seguro social

_____ 
Nombre/último cuatro de su número del seguro social

_____ 
Nombre/último cuatro de su número del seguro social