

SOLICITUD PARA INSCRIBIR UN NEGOCIO DE MUDANZAS

TIPO DE SOLICITUD: Marque uno de los siguientes:

- Primera Renovación (1 año) Renovación (2 años)

TIPO DE PROPIETARIO: Marque uno de los siguientes:

- Corporación Propietario único Nombre ficticio Otro _____

INFORMACIÓN COMERCIAL:

1. Nombre de la empresa: _____
2. Haciendo negocios como (D/B/A, sigla en inglés): _____
3. Dirección: _____
4. Dirección postal: _____
5. Teléfono: _____ Fax: _____ Celular: _____
6. Correo electrónico: _____ Número de la licencia de mudanzas otorgada por el condado: _____
7. Número de identificación tributaria federal (FEID#, sigla en inglés): _____
8. Número total de empleados actualmente empleados: _____

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: _____ |
| Nombre del dueño/directivo: _____ | Nombre del dueño/directivo: _____ |
| Puesto: _____ | Puesto: _____ |
| Fecha de nacimiento: _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| Dirección y código postal: _____ | Dirección y código postal: _____ |

Por favor conteste sí o no a las siguientes preguntas:

- Sí No ¿A usted o algún(os) socio(s) o directivo(s) corporativo(s), como sea pertinente, le ha prohibido una corte de jurisdicción competente participar en el oficio o negocio de mudanzas?
Si es que sí, sírvase proporcionar detalles en una página aparte?
- Sí No ¿Usted o algún(os) socio(s) o directivo(s) corporativo(s), como sea aplicable, alguna vez ha dejado de cumplir con las condiciones de una orden de suspender y desistir, aviso para remediar una violación, una garantía de cumplimiento por escrito de la Dirección de Protección al Consumidor del Condado de Miami-Dade con respecto a la operación de un negocio de mudanzas?
Si es que sí, sírvase brindar detalles en una página aparte.
- 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 aparte.
- Sí No ¿Usted se ha desempeñado durante los últimos cinco años en el negocio de mudanzas bajo cualquier otra corporación, entidad o nombre de oficio como dueño o directivo?
Si es que sí, sírvase brindar detalles en una página aparte.

SUCURSALES ADICIONALES: (Sírvase añadir una página aparte para direcciones adicionales de sucursales)

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

INFORMACIÓN DE (LOS) VEHÍCULO(S) DE MUDANZAS (Añada una página aparte si es necesario)

<u>AÑO/MARCA/MODELO</u>	<u>No. DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO/VIN</u>	<u>Peso Bruto del Vehículo</u> <u>(GVW, sigla en inglés)</u>	<u>No. DE PLACA DEL</u> <u>VEHÍCULO</u>

Rellene la siguiente lista-incluya aquellos puntos añadidos o adjuntos a esta solicitud:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solicitud rellena | <input type="checkbox"/> Recibo de impuestos de negocios locales del condado |
| <input type="checkbox"/> Tarifas para la licencia | <input type="checkbox"/> Artículos de Incorporación o Registro de nombre ficticio |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Seguro (Ver adjunto). | <input type="checkbox"/> Copia de la licencia de conducir del dueño |
- Seguro de responsabilidad General (Cualquier suma)
 - Seguro de responsabilidad para automóviles (\$50,000 mínimo para camiones con un GVW de menos de 35,000 libras o un mínimo de \$100,000 para vehículos con un GVW de más de 35,000 libras)
 - Seguro de responsabilidad por la carga (\$10,000)

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 XVI del Capítulo 8A del Código del Condado de Miami-Dade, el número de inscripción que aparece en el certificado de inscripción 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.**

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

Cobertura del seguro de compensación de trabajadores

Lo siguiente ha sido adjunto (Marque uno):

- Certificado de seguro de compensación de trabajadores; o
- Certificado de exención del Estado de la Florida; o
- Carta que declara que las leyes no requieren el seguro de compensación de trabajadores (Puede utilizar el formulario que consta a continuación)

Carta que declara que el seguro de compensación de 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 de trabajadores por la siguientes razones:

Firma

Fecha