



Teléf: 786-469-2300



Fax786-469-2311



correo electrónico: consumer@miamidade.gov

### SOLICITUD PARA INSCRIBIR UN NEGOCIO DE MUDANZAS

**Tipo de solicitud:** Marque uno de los siguientes:

Primera

Renovación

Renovación a los 2 años

**TIPO DE PROPIETARIO:** Marque uno de los siguientes:

Corporación

Propietario único

Nombre ficticio

Otro \_\_\_\_\_

Fecha de incorporación: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_  
Número principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Número secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número primario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Número secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_



**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

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.**

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](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