DEPARTMENT OF CONSUMER & REGULATORY AFFAIRS

BBL EZ-FORM

LICENCIA BÁSICA DE NEGOCIO
APLICACIÓN 2009-01

DCRA USE ONLY
CUSTOMER NO.

PREFERENCIA DE IDIOMA: ☐ English ☐ español ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Amharic ☐ Koreano ☐ Other: _____

TIPO DE NEGOCIO

☐ Propietario único ☐ sociedad ☐ Responsabilidad Limitada Co. ☐ Corporación (para beneficio) ☐ Corporación (sin fines de lucro)

Sección A Información del negocio

1a. Dueño del negocio _____

Si el dueño es propietario único, imprima su nombre. Si el dueño es una corporación, Responsabilidad Limitada (LLC), o una sociedad, imprima el nombre oficial de la compañía a la cual se le extenderá la licencia.

2a. FEDERAL ID Numero de identificación Federal _____ o Numero de seguro social _____-___-_____

3a. Nombre comercial (si aplica) _____ 4a. Numero Employees _____

Dirección del Negocio

Si esta es una corporación, LLC o sociedad, por favor provea la dirección de las oficinas centrales.

5a. Nombre de la calle _____ Suite o número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Numero de teléfono ( ) _____-_____ 6a. email _____@_____

Sección A1 Oficiales, Sociedad, Miembros

Todas las corporaciones, sociedades, LLCs, y Asociaciones no incorporadas deben completar esta sección

7a. Presidente/Socio/Miembro Primer nombre_____ Apellido_____ Inicial _____

Nombre de la calle _____ Suite o número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

8a. Vice-presidente/Socio/Miembro Primer nombre_____ Apellido_____ Inicial _____

Nombre de la calle _____ Suite o número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

9a. Secretario/Socio/Miembro Primer nombre_____ Apellido_____ Inicial _____

Nombre de la calle _____ Suite o número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Sección B Dirección del local

Location of business operation to be licensed

1b. Nombre de la calle _____ Suite o número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

2b. Cuadrante NW NE SW SE 3b. Ward (si lo sabe)_____ 4b. ANC (si lo sabe) _____

Numero de teléfono ( ) _____-_____ EMAIL _____@_____

Información del certificado de ocupancía

5b. Numero de certificado de ocupancia _____ Fecha que fue extendido _____

Sección C Información para recibir facturas

1c. Nombre del negocio (si aplica) _____ Atención _____

Nombre de la calle _____ Suite o número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Sección D PESOS Y MEDIDAS

Si usted tiene marcadores de precios electrónicos o equipo para medir o pesar, póngase en contacto con la Oficina de Pesos y Medidas al 202-698-2130 para registrar su equipo.

1d. Tipo de equipo que usa _____ Cantidad de equipo _____

Sección E Información de Registro/Agente residente

(Corporaciones, sociedades y LLCs deben presentar información de un agente registrado. Propietarios únicos que no viven en DC deben nombrar a un agente registrado)

1e. Nombre _____ Nombre del negocio _____

Nombre de la calle _____ Suite o número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Numero de teléfono ( ) _____-_____ 6a. email _____@_____

Yo doy consentimiento para actuar como un Agente Residente para el candidato en la línea 1a.

Firma _____ Fecha _____

Sección F Endorso de Licencia & Actividades del negocio

La categoria de su primere negocio devera ser colocada en la línea 1.

	Actividad del negocio – Endorso de Licencia	Codigo relacionado de NAICS
1	Actividad del negocio	
2		
3		
4		
5		
6		

Numero que accomoda: _____

Numero de unidades: _____

Sección G Certificación de manos limpias

Al aplicante: Lea por favor esta forma cuidadosamente y complete antes de firmar. El gobierno del Distrito no publicará ni reeditará ninguna licencia o permiso si el aplicante debe más de $100.00 en deuda pendiente de pago al Distrito de Columbia.

Yo, _____ (Nombre), como _____ (Dueño, socio, oficial corporativo), certifico que _____ (Nombre del negocio) operando como _____ (Nombre comercial) en _____ (Dirección del negocio), con uso del numero de taxes _____ (FEIN/SSN), empesando de esta fecha, no debe deber más de $100.00 en deuda pendiente de pago al Distrito de Columbia.

Yo entiendo que un certificado de manos limpias firmado y con fecha es requerido como documentación para acompañar mi aplicación para una licencia, endorso de licencia, y permiso. Yo entiendo que completando y sometiendo esta forma no se me garantiza que mi licencia o permiso sea aprobado.

Yo entiendo que el Departamento de Consumer and Regulatory Affairs puede conducir una investigación para comprobar la veracidad de la información contenida en el cerificado de manos limpias.

Yo entiendo que si proporciono con conocimiento la información falsa en esta forma de certificación de manos limpias, el Departamento de Consumer and Regulatory Affairs procederé inmediatamente a revocar cada licencia o a permiso para cuál estoy aplicando en esta forma y me multara mil dólares (1,000.00).

_____	_____	_____
Firma y titulo	FEIN/SSN	Fecha

Sección H APPLICANT'S SIGNATURE

Envié por correo su forma BBL-EZ firmada y adjunte un cheque o money order para todos los honorarios, pagado a "DC Treasurer" a:

Wells Fargo Bank
7175 Columbia Gateway Drive
Lockbox #91360
Columbia, MD 21046

or

Entregué a mano su forma firmada BBL-EZ y un cheque o money order por todos los honorarios, pagado a "DC Treasurer" a:

DCRA Business License Center
1100 4th Street SW
Second Floor
Washington, DC 20024

Someto por este medio esta solicitud, formas requeridas y pago en la cantidad $_____ para consideración de la licencia de negocio básica basada en la información en esta aplicación.

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

Yo/nosotros entendemos que cualqueira que preste testimonio falso en este forma sera criminalmente castigado por la ley; si es condenado, obtendra una multa de $1000, encarcelado por hasta 180 dias, o lo dos, bajo la ley offical del Distrito Codigo § 22-2405.

Línea del Inspector general: Si usted se enterada de corrupción, fraude, desperdicio, abuso o de la mala gestión de algún empleado del gobierno de DC comuníquese con la oficina del Inspector General (OIG) al teléfono (202) 727-0267 o (800) 521-1639 (llamada gratis). Todos los reportes son confidenciales y usted puede mantener su llamada anónima bajo los reglamentos de la ley. Los empleados del gobierno son protegidos por represalias o venganza por ser reportados al OIG. La información que usted provea puede resultar en una investigación que conduzca a una acción administrativa, penalidades civiles o causa criminal en casos apropiados.

Aviso de no-discriminación: De acuerdo con el Acta de DC de los Derechos Humanos de 1977, según la enmienda prevista, Sección de Código de DC 2.1401.01 et seq., (el acta) el Distrito de Columbia no discrimina en base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, estado civil, orientación sexual, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, deshabilitad, fuente de ingreso, o lugar de residencia o negocio. Violaciones de discriminación de este acto no serán toleradas. Los violadores serán sujetos a acción disciplinaria.