



Town of Babylon

Operador de Vendedor Ambulante, Solicitador, Recaudador Aplicación

Por favor escribe claramente y responde todas las preguntas
Juro solemnemente la verdad de las siguientes declaraciones:

Información de dueño

Nombre de dueño:	Teléfono #:	
Dirección:		
Nombre de Negocio/ Haciendo Negocios Como:	Teléfono #:	
Dirección de Negocio:		
Fecha de nacimiento: ___/___/___	Edad:	
# License de conducir:	Expiración:	
Permiso de venta del Departamento de Salud del Condado de Suffolk		
Permiso #	Emitido:	Expiración:
Certificado de Gerentes de Alimentos del Departamento de Salud del Condado de Suffolk		
Certificado#:	Emitido:	Expiración:
Certificado del programa de seguridad de vehículos del Condado de Suffolk		
Vendedor#	Emitido:	Expiración:
Permiso del Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York #:		
¿Eres un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, provea el # de la tarjeta exenta de veteranos del condado:		
¿Alguna vez le han revocado una licencia o permiso? <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, provea detalles: _____ _____		
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave, un delito menor o una infracción de cualquier ordenanza municipal, excepto infracciones de tránsito? <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, provea detalles (incluir fecha, tribunal, ordenanza y tribunal de sentencia):		

Descripción de los artículos que se venden:

Información de Operador Adicional

Nombre:	Telefono #	
Dirección:		
Fecha de nacimiento: ___/___/___	Edad:	
Licencia de conducir#:	Expiración:	
Permiso de venta del Departamento de Salud del Condado de Suffolk		
Permiso #	Emitado:	Expiración:
Certificado de Gerentes de Alimentos del Departamento de Salud del Condado de Suffolk		
Certificado#:	Emitado:	Expiración:
Certificado del programa de seguridad de vehículos del Condado de Suffolk		
Vendedor#	Emitado:	Expiración:
Permiso del Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York #:		
¿Eres un veteran de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, provea el # de la tarjeta exenta de veteranos del condado:		
¿Alguna vez le han revocado una licencia o permiso <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, provea detalles: _____ _____		
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave, un delito menor o una infracción de cualquier ordenanza municipal, excepto infracciones de tránsito? <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, provea detalles (incluir fecha, tribunal, ordenanza y tribunal de sentencia): _____ _____		

Información del vehículo

Placa #:	Marca de vehículo:	
Año:	Color:	Modelo:

Información del vehículo adicional

Placa #:	Marca de vehículo:
----------	--------------------

Año:	Color:	Modelo:
------	--------	---------

Tenga en cuenta: La firma de ambos el Dueño y Operador Adicional necesita ser notariade:

Firma de solicitante: _____

Jurado ante mí:

Día de _____ de 20 _____

Firma de operador adicional _____

Jurado ante mí:

Día de _____ de 20 _____

Solo uso de oficina:

Pago realizado por:

Cheque# _____ Efectivo _____ Giro Postal
