



LA CIUDAD DE BOWLING GREEN, KENTUCKY

INSTRUCCIONES PARA NEGOCIOS TRANSITORIOS

DE SERVICIO PROFESIONAL, NEGOCIOS, VENDEDORES AMBULANTES, Y CONTRATISTAS

1. PERSONAS QUE DEBEN PRESENTAR ESTA SOLICITUD:

Un representante de servicio profesional, negocio, vendedor ambulante o contratista transitorio que desee llevar a cabo negocios dentro de la Ciudad deberá primero presentar una solicitud por escrito al Director de Finanzas a través de la División de Licencias, en formularios proporcionados por la Ciudad antes de que el solicitante este autorizado a llevar a cabo su negocio.

2. PAGO DE CUOTA DE REGISTRO:

La cuota se hará en el momento de presentar la solicitud a nombre de la Ciudad de Bowling Green. La tarifa diaria está basada en el número de empleados que trabajan en la Ciudad y queda fijado en los siguientes porcentajes:

Contratistas transitorios: Cualquier contratista que se ha de definir de esta manera debe pagar una cuota diaria de \$12.50 si tiene tres (3) o menos empleados con una cuota mínima de \$50.00 por un periodo de cuatro (4) días consecutivos. La cuota diaria será \$25.00 si tiene 4-15 empleados con una cuota mínima de \$100.00 para un periodo de cuatro (4) días consecutivos o \$37.50 si hay 16 o más empleados con una cuota mínima de \$150.00 para un periodo que cubre (4) días consecutivos.

Servicios Profesionales Transitorios: Cualquier negocio que se ha de definir como servicios profesionales transitorios deberá pagar primero a la Ciudad una cuota diaria basada en el número de empleados trabajando en la Ciudad. La tarifa diaria será de \$12.50 si hay tres (3) o menos empleados, con una cuota mínima de \$50.00 cubriendo un período de cuatro (4) días consecutivos. La cuota diaria será de \$25.00 si hay cuatro (4) o más empleados, con una cuota mínima de \$100.00 cubriendo un período de cuatro (4) días consecutivos.

Negocios transitorios (temporal): Cualquier negocio que tenga esta definición y que tiene un contrato de arrendamiento por un máximo de seis (6) meses o menos en un edificio que cumple los reglamentos de zonificación deberá pagar una cuota diaria de \$2.50 si hay tres (3) o menos empleados con una cuota mínima de \$10.00 cubriendo un periodo de cuatro (4) días consecutivos. La cuota diaria será de \$5.00 si hay cuatro (4) o más empleados con una cuota mínima de \$20.00 cubriendo un periodo de cuatro (4) días consecutivos.

Vendedores ambulantes: Cualquier vendedor que tenga esta definición deberá pagar una cuota diaria de \$25.00 si tiene tres (3) o menos empleados con una cuota mínima de \$100.00 cubriendo un periodo de cuatro (4) días consecutivos. La cuota diaria será de \$50.00 si hay cuatro (4) o más empleados con un mínimo de \$200.00 cubriendo un periodo de cuatro (4) días consecutivos. **Cualquier vendedor ambulante que no esté llevando a cabo negocio puerta a puerta también debe proporcionar prueba o permiso por escrito del dueño de la propiedad además de identificación con fotografía para cada representante trabajando en Bowling Green.**

MANDE SOLICITUD COMPLETA CON PAGO POR CORREO A:

Occupational License Division, P.O. Box 1410, Bowling Green, KY 42102-1410 o traiga la solicitud al City Hall Annex ubicado en el 1017 College Street. Si usted tiene preguntas, por favor llame al (270) 393-3000 y pregunte por alguien en la División de Licencias.



*FOR OFFICE USE ONLY

*Acct. # _____

LA CIUDAD DE BOWLING GREEN, KENTUCKY
INSTRUCCIONES PARA NEGOCIOS TRANSITORIOS
DE SERVICIO PROFESIONAL, NEGOCIOS, VENDEDORES AMBULANTES, Y CONTRATISTAS
1017 College Street * P. O. Box 1410 * Bowling Green, KY 42102-1410
PH (270) 393-3000 * FAX (270) 393-3636 * E-mail www.bgky.org/license.htm

ESTE NEGOCIO SE HA REGISTRADO ANTERIORMENTE CON NUESTRA OFICINA: SI NO

Nombre del Negocio _____

Dirección del Local de Negocio en Bowling Green _____

(NO NUMEROS DE POST OFFICE BOX)

Teléfono Local _____ Número de Fax Local _____

Descripción de su actividad en Bowling Green _____

Manager Local / Representante/ Capataz _____ (celular) _____

Fecha de comienzo en BG _____ Fecha de culminación _____

Vea las instrucciones para calcular la cuota de pago

Empleados en BG _____ # Días en el Lugar de Trabajo _____ X Cuota Diaria de \$ _____ = \$ _____ **Cuota Total**

Marcar el Tipo de Entidad Individual, Sociedad, Corporación, Cía. de Responsabilidad Limitada

Socios de Responsabilidad Limitada Otro Sin fines de lucro, **debe** proveer carta de exención de impuestos del IRS

Descripción de Otro Tipo de Entidad _____

N ° Seguro Social _____

N ° de ID Federal _____

(Solo Para Dueños Individuales)

NOMBRE DE OFICINA PRINCIPAL Y DIRECCION POSTAL:

N ° de Teléfono _____

N ° de Fax _____

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta.

Nombre del Solicitante (en letras de molde)

Firma del Solicitante

Fecha

LA CIUDAD DE BOWLING GREEN, KENTUCKY SOLICITUD PARA NEGOCIOS TRANSITORIOS (Continuado)
Información del Propietario/Socio/Funcionario Corporativo: (adjuntar lista aparte si necesita más espacio)

Nombre: _____
Residencia: _____

N ° Seguro Social: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
Residencia: _____

N ° Seguro Social: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
Residencia: _____

N ° Seguro Social: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
Residencia: _____

N ° Seguro Social: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
Residencia: _____

N ° Seguro Social: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
Residencia: _____

N ° Seguro Social: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
Residencia: _____

N ° Seguro Social: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
Residencia: _____

N ° Seguro Social: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Incluido hay un cheque u orden de dinero # _____ por \$ _____ hecho a nombre de *City of Bowling Green*

Favor de cobrar por medio de Visa MasterCard Cuenta N ° _____ Cantidad \$ _____

Fecha de Vencimiento ____-____-____ Código de Seguridad (3 números detrás de la tarjeta)

Firma de Autorización como aparece en la tarjeta _____

Nombre en letras de molde y la dirección donde se envía la cuenta mensual de Visa, MasterCard:

Nombre _____ Empresa (Si aplica) _____

Dirección o Apartado Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Si está pagando por Visa o MasterCard, puede mandar este formulario por fax al (270) 393-3636

Marque si el Dueño del Negocio pertenece a una Minoría: (Opcional, para propósitos estadísticos solamente)

Mujer, Hombre, Blanco, Negro, Asiático, Hispano, Indio Americano