For Office Use Only:
Permit # _____

City of Laredo
Departamento de Impuestos
APLICACIÓN PARA EL PERMISO DEL SISTEMA DE ALARMA

Ordenanza # 2001-O-050 requiere que todos los sistemas de alarma sean registrados con el departamento de impuestos de la ciudad. La ordenanza también especifica que para este cobro anual, no habra reembolso. El permiso de alarma no se puede trasladar a otra persona o locación. Es la responsabilidad de el cliente en registrar y renovar el permiso antes del plazo anual. Para mas información, una copia de la ordenanza se le hara disponible a quien lo solicite.

POR FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRAS DE MOLDE

1. Nombre de Propietario de Residencia o Negocio:_____
   - Si esta registrando un negocio, nombre de dueño/a: _____
2. Dirección : _____ Codigo Postal _____
3. Dirección de Correspondencia: _____ Codigo Postal _____
4. Teléfono de Negocio: _____Teléfono de Residencia: _____
5. Nombre de Empleo:_____ Teléfono de Empleo:_____
6. Hay alguien en esta dirección de 65 años de edad o mayor: : Sí __ No __ Si la respuesta es sí, el cliente sera exento de pagar el permiso. Por favor de enviar una copia de identificación (con foto) que enseñe la fecha de nacimiento con su aplicación.

*(***La exención es solo para residencias de personas de 65 años o mas y no aplica a locaciónes comerciales .***)*

de Licencia de Manejar o ID _____

Fecha de Nacimiento: _____

7. **Compañía de Alarma:_____ Teléfono: _____**
8. Cuenta Nueva_____ o Renovación de Cuenta _____ Fecha: ____/____/____
9. Tipo de Permiso: Residencial _____ Comercial _____
10. Tipo de Sistema de Alarma : A. Sistema de robo (no contiene botónes de pánico) $15.00 _____
    B. Sistema de Pánico/ incendio / 911 / Ambulancia $30.00 _____

***** Por favor de enviar su pago junto con la aplicación a la siguiente dirección: *****
The City Of Laredo- Tax Department
P.O. Box 6548 / 1110 Houston
Laredo, Texas 78042-6548
956-791-7414

PERSONAS A QUIEN COMUNICAR EN CASO DE ACTIVACIÓN DE ALARMA

1. Nombre: _____ Relación: _____
   Dirección: _____ Teléfono (C)_____ (T)_____
2. Nombre: _____Relación: _____
   Dirección: _____ Teléfono (C)_____ (T)_____
3. Nombre: _____Relación: _____
   Dirección: _____ Teléfono (C)_____ (T)_____

Nota: Este es un cobro anual

Firma: _____

Yo reconosco que en caso que el Departamento de Policia o Bomberos reporten llamadas falsas, el departamento de impuestos de la ciudad hara cambios en mi cuenta basados en el tipo de alarma reportada. Favor de firmar con sus iniciales: _____.

****Por favor de notificar por escrito al departamento de impuestos de cualquier cambio en su cuenta.****

Form 2004