

RHODE ISLAND DEPARTMENT OF LABOR AND TRAINING
DIVISIÓN DE FUERZA LABORAL Y SEGURIDAD
UNIDAD DE REGULACIÓN DE PROFESIONES

NUEVOS REQUISITOS PARA LA LICENCIA DE ALARMAS COMERCIALES:

- La solicitud para Licencia de Alarmas Comerciales deberá estar firmada y notarizada.
- El cheque debe ser pagadero al Dept. of Labor and Training por cuatrocientos veinticinco dólares (\$425.00)
- Se debe incluir un bono de garantía por diez mil dólares (\$10.000) pagadero al Estado con su solicitud inicial para Alarma Comercial.
- DOS (2) declaraciones juradas por escrito referente a su experiencia (Si aplica) – **firmadas y notarizadas.**
- Se debe adjuntar a la solicitud una copia de una identificación oficial (e.g. Licencia de conducir o pasaporte)
- Se debe incluir con su solicitud Inicial de Alarmas Comerciales una solicitud Inicial de Agente de Alarmas.

NUEVOS REQUISITOS PARA LA LICENCIA DE AGENTE DE ALARMAS:

- La solicitud para Agente de Alarmas debe estar firmada y notarizada.
- Haga un cheque pagadero al “Dept. of Labor and Training” por la cantidad de de treinta dólares (\$30.00).
- Dos (2) formularios de Referencias Personales- deben de estar **firmados y notarizados.**
- Copia de una identificación oficial (e.g. licencia de conducir o pasaporte) debe estar adjuntada a la solicitud.
- Debe solicitar un informe de antecedentes penales (CHR por sus siglas en inglés) ante la Oficina del Fiscal General de Rhode Island. (El DLT NO ACEPTA SOLICITUDES PARA LAS OBTENER CHR).



Rhode Island Department of Labor and Training
División de Regulación de Profesiones
1511 Pontiac Avenue – Bldg. 70 - P.O. BOX 20247, Cranston, RI 02920
Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | Fax: (401) 462-8528 | www.dlt.ri.gov/profregs

SOLICITUD PARA LICENCIA DE ALARMAS COMERCIALES
Para evitar retrasos lea cuidadosamente y complete las instrucciones

INSTRUCCIONES

- Esta es una LICENCIA POR TRES AÑOS
- Esta solicitud solo es para una licencia inicial. Las solicitudes de renovación deben de hacerse con un formulario de solicitud de renovación.
- Por favor llene a maquina o con letra de molde. No se aceptaran solicitudes en manuscrita.
- Toda pregunta debe ser contestada completa y veridicamente. Cualquier falsedad intencional de relevancia será causal para el rechazo o subsecuente revocación de la licencia. Adjunte hojas de papel adicionales si el espacio provisto para su respuesta no es suficiente.
- **Cuota de solicitud es de \$125.00. Cuota por Licencia es de \$300.00 Cuota Total de \$425.00**
- Haga los cheques pagaderos a "State of Rhode Island, General Treasurer."
- Bono de garantía por \$10,000.00.
- Dos (2) declaraciones juradas acerca de su experiencia *Si el solicitante no cumple los requisitos para la declaración, presente una cuota de examen por \$15.00.
- El solicitante debe tambien registrarse como agente de alarmas y presentar todos los documentos y cuotas requeridas aparte de los ya mencionados.

La ley sobre licencias Título 5 Capítulo 57 y las Reglas y Reglamentos relacionados a Alarmas antirrobo y de emergencia están disponibles en www.dlt.ri.gov/profregs



División de Regulación de Profesiones

1511 Pontiac Avenue

Cranston, RI 02920

Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | Fax: (401) 462-8528 | www.dlt.ri.gov/profregs

SOLICITUD PARA LICENCIA DE ALARMAS COMERCIALES

Cuota de Solicitud \$125.00 Cuota por Licencia \$300.00 Cuota Total \$450.00

CATEGORÍA DEL SOLICITANTE (Marque una de las siguientes opciones en cada sección)

- (A) Residente (B) Individual (El firmante debe ser una persona física)
- No residente Empresa (El firmante debe ser el dueño/a)
- Sociedad (El firmante debe ser socio)
- Corporación (El firmante debe ser funcionario principal)

AVISO: En referente a lo anterior, si el firmante principal no es residente y NO administra algún negocio en Rhode Island o no está empleado ahí, esta aplicación debe de estar avalada por una persona aprobada para poseer la autoridad y responsabilidad de administrar y operar un negocio de alarmas en este estado. Toda la información para el firmante de esta solicitud será requerida TAMBIEN para el aval.

1. _____ 2. _____
Nombre (Apellido/s Nombre/s) Número de Seguro Social

3. _____
Residencia (Calle, Ciudad/Poblado, Estado y Código Postal)

Correo electrónico: _____

4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. Sí No
Teléfono Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Are you a U.S. Citizen?

8. Estatura: _____ 9. Peso: _____ 10. Color de ojos: _____ 11. Color de cabello _____

12. _____
Nombre y dirección del empleador o si trabaja por su cuenta en el momento de la solicitud.

13. _____ 14. _____ 15. _____
Teléfono del negocio Fecha de empleo Duración del empleo

16. _____
Nombre de la empresa y dirección de la oficina en la que mayormente va a operar el solicitante (diferente a #12)

17. _____ 18. _____ 19. Sí No
Fecha en que comenzó el negocio Horas y días de operación ¿Da mantenimiento de emergencia las 24hrs?

20. _____
Nombre y dirección de la Compañía de seguros que presta el bono de garantía y su fecha de vencimiento.

LA SOLICITUD CONTINUA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



División de Regulación de Profesionos
1511 Pontiac Avenue
Cranston, RI 02920

Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | Fax: (401) 462-8528 | www.dlt.ri.gov/proffregs

21. ¿ Ha leído y entiende las estipulaciones del Título 5, Capítulo 57 de las leyes generales de Rhode Island concernientes a los reglamentos del negocio de alarmas y agentes? Sí No

22. Enumere todas las sucursales o locales aparte de la oficina donde el negocio de alarmas operará en Rhode Island:

 Dirección de la Sucursal (Calle, ciudad, estado , código postal) Número de teléfono

 Dirección de la Sucursal (Calle, ciudad, estado , código postal) Número de teléfono

23. Si su empresa es una CORPORACIÓN por favor complete está sección en su totalidad:

Fecha de constitución: _____ Lugar de su constitución: _____

Enumere las oficinas principales de su corporación y los dueños de 25% de las acciones o más:

 (Nombre Dirección Puesto o título Número de teléfono)

 (Nombre Dirección Puesto o título Número de teléfono)

24. Complete las siguientes preguntas al marcar la casilla correspondiente. Explique su respuesta “Sí” con detalle en una hoja separada de papel y adjunte su declaración en está solicitud.

¿Alguna vez se le ha negado, suspendido, o revocado la licencia, permiso o tarjeta de identificación para operar un negocio de alarmas o para actuar como un agente de tal negocio en este u otro estado o jurisdicción? Sí No

¿A algún individuo, empresa, sociedad, corporación u organización con la que esté o haya estado asociado en cualquier calidad, se le ha negado, suspendido o revocado una licencia para negocios de alarma o licencia como agente, permiso, o identificación?
Sí No

¿A algún dueño, socio, director, funcionario, miembro, o accionista del solicitante o del negocio del solicitante se le ha alguna vez negado, suspendido o revocado una licencia para negocios de alarma o licencia como agente?
Sí No

¿Alguna vez ha sido (1) acusado formalmente o condenado de algún delito aparte de alguna infracción de tránsito menor, o (2) ha sido acusado formalmente o condenado de algún delito mayor o menor, o (3) ha sido condenado por algún delito contra la moral, por ofrecer servicios falsos o apropiarse ilícitamente de dinero ajeno? Sí No

¿Tiene conocimiento si algún individuo asociado con el negocio de alarmas del solicitante ya sea dueño, socio, o funcionario corporativo principal del solicitante o negocio del solicitante, ha sido acusado formalmente de alguno de los delitos antes mencionados?
Sí No



División de Regulación de Profesiones
1511 Pontiac Avenue
Cranston, RI 02920

Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | Fax: (401) 462-8528 | www.dlt.ri.gov/profregs

Por este medio, el/los que suscribe/n solicita/n la licencia conforme a las estipulaciones del Título 5, Capítulo 57 de las leyes generales de Rhode Island y presta/n juramento acerca de la veracidad y precisión de todas las declaraciones, respuestas y representaciones presentadas en esta solicitud, incluyendo toda declaración suplemental adjuntada para tal fin.

X _____
Firma del solicitante
(Individuo, dueño, socio general o funcionario principal)

Fecha

X _____
Aval
(Individuo autorizado si el firmante no es residente o no está empleado en Rhode Island)

Fecha

Subscribed and sworn to at _____, before me this ____ day of _____,

Signature of Notary Public

My Commission Expires: _____

LA SOLICITUD CONTINUA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



División de Regulación de Profesiones

1511 Pontiac Avenue

Cranston, RI 02920

Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | Fax: (401) 462-8528 | www.dlt.ri.gov/profregs

EXPERIENCE AFFIDAVIT / Declaración de Experiencia

INSTRUCCIONES:

1. El solicitante no debe rellenar este formulario. Éste deberá ser rellenado por ciudadanos que puedan verificar que el solicitante o individuo, dueño, oficial, administrador, socio o empleado del solicitante cumple con los requisitos de experiencia; que éste ha estado involucrado o empleado en el negocio de alarmas en la venta, instalación o servicio por un periodo total de tres (3) años antes de haber llenado la solicitud para negocio de licencia de alarmas. La persona que satisfaga este requisito de experiencia debe, por ley, dedicar una cantidad importante de su día o tiempo a negocios o trabajo de alarmas y estar involucrado y/o en supervisión de la venta, instalación o servicios de sistemas de alarmas a nombre del solicitante.

2. Toda persona que desee cumplir con los requisitos de experiencia para cualquier licencia comercial de alarmas debe entregar dos declaraciones juradas donde se detalle su experiencia en el ramo. Si la persona tiene tres (3) años de experiencia o una combinación de la misma de más de un estado, serán necesarias dos (2) declaraciones juradas por cada estado donde la persona practique u opere en un negocio de alarmas.

Por este medio certifico que: _____,
(Nombre del solicitante)

realizó servicios como: _____

Dates the above listed services were performed _____
FROM /De TO/a

Nombre del declarante: _____

Name of Nombre de la compañía: : _____ Tel: _____

Dirección:

Fecha X Firma del declarante

Subscribed and sworn before me this _____ day of _____, 20 ____.

X _____
Signature of Notary Public

Seal of Notary Public

LA SOLICITUD CONTINUA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



División de Regulación de Profesiones

1511 Pontiac Avenue

Cranston, RI 02920

Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | Fax: (401) 462-8528 | www.dlt.ri.gov/profregs

Declaración de Experiencia

INSTRUCCIONES:

1. El solicitante no debe rellenar este formulario. Éste deberá ser rellenado por ciudadanos que puedan verificar que el solicitante o individuo, dueño, oficial, administrador, socio o empleado del solicitante cumple con los requisitos de experiencia; que éste ha estado involucrado o empleado en el negocio de alarmas en la venta, instalación o servicio por un periodo total de tres (3) años antes de haber llenado la solicitud para negocio de licencia de alarmas. La persona que satisfaga este requisito de experiencia debe, por ley, dedicar una cantidad importante de su día o tiempo a negocios o trabajo de alarmas y estar involucrado y/o en supervisión de la venta, instalación o servicios de sistemas de alarmas a nombre del solicitante.

2. Toda persona que desee cumplir con los requisitos de experiencia para cualquier licencia comercial de alarmas debe entregar dos declaraciones juradas donde se detalle su experiencia en el ramo. Si la persona tiene tres (3) años de experiencia o una combinación de la misma de más de un estado, serán necesarias dos (2) declaraciones juradas por cada estado donde la persona practique u opere en un negocio de alarmas.

Por este medio certifico que: _____,

(Nombre del solicitante)

realizó servicios como: _____

Fechas en que se realizaron los servicios arriba nombrados _____

De a

Nombre del declarante: _____

Nombre de la compañía: _____ Phone: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ X _____

Firma del declarante

Subscribed and sworn before me this _____ day of _____, 20 ____.

X _____
Signature of Notary Public

Seal of Notary Public