STATE OF CALIFORNIA
DMV
DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES
A Public Service Agency

SECCIÓN DE SERVICIOS DE INFORMACIÓN

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE CONVOCATORIA DE EMPLEADORES

ESCRIBA CLARAMENTE CON TINTA EN LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA

ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETOS A:
DMV Information Services - EPN
P.O. Box 944231 - MS H-265
Sacramento, CA 94244-2310

SÓLO PARA USO DEL DMV
REQUESTER CODE:

SECCIÓN A: Información de la cuenta

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA (O PERSONA PARTICULAR)	DBA		
ATENCIÓN		NÚMERO TELÉFONICO ( ) EXT.	
DOMICILIO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PERSONA DE CONTACTO DE LA CUENTA		NÚMERO TELÉFONICO ( ) EXT.	
DOMICILIO DE LA CALLE (DOMICILIO FÍSICO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN B: Dirección para facturar (complete solo si es diferente a la anterior)

PERSONA(S) DE CONTACTO DE LA CUENTA A LA QUE SE FACTURARÁ		NÚMERO TELÉFONICO ( ) EXT.	
ATENCIÓN		NÚMERO TELÉFONICO ( ) EXT.	
DOMICILIO DE FACTURACIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN C: Identificación comercial y de la licencia

Instrucciones: Complete la siguiente información acerca de la persona particular que participa en la dirección, control y administración del negocio. Proporcione información de la identificación federal y la licencia comercial. ***Adjunte una copia de la licencia comercial***

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		TÍTULO		
NÚMERO DE DL/ID		ESTADO DE EMICIÓN		EXPIRATION DATE
NO. DE ID DEL EMPLEADOR	NO DE LA CORPORACIÓN/ESTADO DE EMISIÓN	TIPO	DEPENDENCIA DE EMCIÓN	NO DE LICENCIA Y FECHA DE VENCIMIENTO

SECCIÓN D: Uso y antecedentes de la cuenta (Responda cada pregunta)

1. INDIQUE EL PROPÓSITO DE SU INSCRIPCIÓN (SEA ESPECÍFICO)

2. ¿SE HA EMITIDO PREVIAMENTE A SU COMPAÑÍA UN CÓDIGO DE SOLICITANTE?

☐ Si ☐ No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

a) Nombre(s) de la(s) compañía(s) a la(s) que se emitió el(los) código(s) del solicitante:_____

b) Código(s) del solicitante previamente emitido(s):_____

SECCIÓN E: Lea y firme

Certifico bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de California, que la información aquí contenida es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender. Entiendo que esta información se proporciona para la operación legal de este negocio y el logro de sus intereses y que cualquier uso indebido provocará la cancelación del número de solicitante y el rechazo a la solicitud subsiguiente de número de solicitante.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO **X**	ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE Y EL TÍTULO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

SÓLO PARA USO DEL DMV

APPROVED BY	DATE APPROVED	DATE RECEIVED

NOTA: Si cualquier información que se presente en esta solicitud cambia, **DEBE** presentar un formulario de aviso de cambio (INF 4) dentro de los 10 días.