

Archivo #: \_\_\_\_\_



**Condado De Monterey Vivienda Y Desarrollo Comunitario** - Planificación - Construcción -  
 Vivienda 1441 Schilling Place, South 2nd Floor, Salinas, California 93901-4527  
 (831) 755-5025

**SOLICITUD DE PERMISO SIMPLE**

DIRECCIÓN DEL PROYECTO		NÚMERO DE PARCELA DEL TASADOR
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	CALLE QUE CRUZA MÁS CERCANA
NOMBRE DEL PROPIETARIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NOMBRE DE LA EMPRESA	
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO		
<input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> ADJUNTO <input type="checkbox"/> SEPARADO NÚMERO DE EDIFICIOS: _____ VALORACIÓN: \$ _____ CASA PREFABRICADA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> <b>RETECHAR:</b> TIPO DE TECHO EXISTENTE: _____ TIPO DE TECHO PROPUESTO: _____ <input type="checkbox"/> QUITAR Y REEMPLAZAR <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No ESPESOR DE LA CAPA: <input type="checkbox"/> 1/2" <input type="checkbox"/> 5/8" <input type="checkbox"/> _____ TIPO DE CAPA: <input type="checkbox"/> OSB <input type="checkbox"/> CDX SQ. FT.: _____ PESO PER SQ. FT.: _____ LIBRAS LA PENDIENTE: _____:12 NÚMERO DE CAPAS: _____ CLASIFICACIÓN DEL TECHO: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NR ID DEL PRODUCTO CCRC: _____ COLOR EXISTENTE: _____ COLOR DE TECHO PROPUESTO POR EL FABRICANTE: _____ NOMBRE DEL FABRICANTE: _____ MODELO DEL FABRICANTE: _____		
<b>CONTRATISTA POR FAVOR          PONGA SUS INICIALES          EN UNO</b>  <u>  O  </u>	Yo, como contratista autorizado responsable del proyecto, verificaré que los detectores de humo estén instalados de acuerdo con la Sección 907.2.11 de CBC y estén en condiciones de funcionamiento antes de la aprobación final.  Yo, como contratista autorizado responsable del proyecto, reconozco que los detectores de humo serán inspeccionados para verificar que estén instalados de acuerdo con la Sección 907.2.11 de CBC y estén en condiciones de funcionamiento antes de la aprobación final.	
<b>PROPIETARIO IMPRIMIR Y          FIRMAR</b>	Declaro que soy el dueño de la propiedad y verifico que los detectores de humo estén instalados de acuerdo con la Sección 907.2.11 de CBC y estén en condiciones de funcionamiento antes de la aprobación final.	
_____	_____	_____
NOMBRE DEL PROPIETARIO IMPRIMIR	FIRMA DEL PROPIETARIO	FECHA
<input type="checkbox"/> <b>PLOMERÍA:</b> <input type="checkbox"/> CALENTADOR DE AGUA DE _____ GALONES <input type="checkbox"/> GAS NATURAL <input type="checkbox"/> ELÉCTRICO <input type="checkbox"/> PROPANO TIPO DE TANQUE EXISTENTE: _____ TIPO DE TANQUE PROPUESTO: _____ NUEVO FABRICANTE DE TANQUES: _____ NUEVO MODELO DE TANQUE NOMBRE/NÚMERO: _____ FUENTE DE COMBUSTIBLE EXISTENTE: _____ BTU/vatios existentes: _____ BTU/vatios propuestos: _____ REPARAR un Línea de: <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> AGUA <input type="checkbox"/> ALCANTARILLADO		
<input type="checkbox"/> <b>MECÁNICO:</b> CAMBIO DE FAU: <input type="checkbox"/> PROPANO <input type="checkbox"/> GAS NATURAL <span style="float: right;">BTU</span>		
<input type="checkbox"/> <b>ELÉCTRICO:</b> <input type="checkbox"/> REEMPLAZAR EXISTENTE PANEL DE: _____ amperios (200 amperios máx) <input type="checkbox"/> AGREGAR/REEMPLAZAR <span style="float: right;">CIRCUITOS</span>		

### DECLARACIÓN DE CONTRATISTAS CON LICENCIA

Por la presente afirmo, bajo pena de perjurio, que tengo licencia bajo las disposiciones del Capítulo 9 (comenzando con la Sección 7000) de la División 3 del Código de Negocios y Profesiones, y mi licencia está en pleno vigor y efecto.

Contratista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Clase de licencia: \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE COMPENSACIÓN LABORAL

ADVERTENCIA: NO ASEGURAR LA COBERTURA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES ES ILEGAL Y SOMETERÁ AL EMPLEADOR A SANCIONES PENALES Y MULTAS CIVILES DE HASTA CIEN MIL DÓLARES (\$ 100,000), ADEMÁS DEL COSTO DE LA COMPENSACIÓN, LOS DAÑOS SEGÚN LO DISPUESTO EN LA SECCIÓN 3706 DEL CÓDIGO LABORAL, LOS INTERESES Y LOS HONORARIOS DE LOS ABOGADOS.

Por la presente afirmo bajo pena de perjurio una de las siguientes declaraciones:

\_\_\_\_\_ Tengo y mantendré un seguro de compensación para trabajadores, según lo exige la Sección 3700 del Código Laboral, para la realización del trabajo para el cual se emite este permiso. Mi compañía de seguros de compensación para trabajadores y mi número de póliza son:

Nombre del agente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Compañía: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Certifico que, en el desempeño del trabajo para el cual se emite este permiso, no emplearé a ninguna persona de ninguna manera para estar sujeto a las leyes de compensación para trabajadores de California, y acepto que, si me sometiera a las disposiciones de compensación para trabajadores de la Sección 3700 del Código Laboral, Cumpliré inmediatamente estas disposiciones..

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Fecha

Nota para el solicitante: Si, después de hacer el Certificado de Exención, usted queda sujeto a la Ley de Compensación para Trabajadores del Código Laboral, debe cumplir de inmediato con dichas disposiciones o este permiso se considerará revocado.

#### FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Permit Number: \_\_\_\_\_ Date Issued: \_\_\_\_\_

Permit Issued By - Print Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Valuation: \_\_\_\_\_ PC Fee: \_\_\_\_\_ Permit Fee: \_\_\_\_\_

SMIP: \_\_\_\_\_ Zoning Fee: \_\_\_\_\_