City of Donaldsonville

P.O. Box 470 Donaldsonville, LA 70346
Phone (225) 473-4247 • Fax (225) 473-0630

Cuidad de Donaldsonville

P.O. BOX 470 * 609 Railroad Ave., Donaldsonville La 70346
Ph# (225) 473-4247 ext. 20 * Fax# (225)473-0630

APLICACION PARA RENOVACION DE LICENCIA OCUPACIONAL

(La fecha límite para el pago de impuestos para negocios ya existentes es Enero, y será considerado como delincuente a partir del 2ndo. de Marzo)

1 **Fecha de Entrega** ____________________

2 **Negocio Nuevo** (   ) Renovación (   ) Por favor provea el Numero de Licencia del año Anterior____________

3 **Número de Identificación Federal de Empleador:** ____________________

Numero de Identificación de Pago de Impuestos de Louisiana ____________________

Número de Identificación de Pago de Impuestos Local ____________________

4 **Nombre del Solicitante** ____________________

Dirección Fiscal ____________________

Nombre del Negocio ____________________

Dirección Física del Negocio____________________

Número de Teléfono (incluya numero de lada o código de área)____________________

5 **Tipo de Organización**

(   )Individual (   )Sociedad (   )Corporación (   )Gubernamental

(   )Asociación No Lucrativa (   ) Compañía de Responsabilidad Limitada (LLC)

6 SI es una Asociación de un solo Dueño o Propietario, proporcione el Nombre completo del Individuo

____

Dirección Residencial____________________

Teléfono _ _ _ _ _ _ _ _ _ Numero de Seguro Social _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

7 **SI es una Corporación, Sociedad o una Compañía de Responsabilidad Limitada, Por favor Proporcione nombre, dirección , teléfono y numero de seguro social de cada miembro, socio o dueño.**

A. Nombre _

Dirección Residencial_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ____________________

Teléfono _ _ _ _ _ _ _ _ _ Numero de Seguro Social _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

B. Nombre _

Dirección Residencial_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ____________________

Teléfono _ _ _ _ _ _ _ _ _ Numero de Seguro Social _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

C. Nombre _

Dirección Residencial_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ____________________

Teléfono _ _ _ _ _ _ _ _ _ Numero de Seguro Social _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

D. Nombre _

Dirección Residencial_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ____________________

Teléfono _ _ _ _ _ _ _ _ _ Numero de Seguro Social _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

8 Ventas Netas totales / Recibos: $ ____________________________________

9 Distribuidores Minoristas de Gasolina y Combustibles para Motores

A. Ventas Netas Totales : (No incluya la venta de Combustibles) ________________________
B. Deducciones : ________________________
C. A - B equivale a la cantidad a fiscalizar ________________________
D. Total de Impuestos a cobrar (revise tabla) ________________________
E. Venta total de galones de gasolina y combustible de motor: ________________________
F. Total de Impuestos a cobrar (Línea E de la tabla 1.1) ________________________
G. Total de Impuestos a cobrar (D + F) ________________________
H. Máximo de Impuestos a cobrar: _____***$6,200.00***___________
I. Ingrese la cantidad menor entre Línea G o Línea H: ________________________

10 Clase: Ventas al Menudeo ( ) Ventas al Mayoreo ( ) Comisiones ( )
Servicios Públicos ( ) Prestamistas ( ) Otros Servicios ( )

11 Naturaleza y tipo de Negocio, por favor haga una breve descripción de las ventas y/o actividades de su negocio:
____
____

12 Use la tabla apropiada para calcular el total de impuestos a pagar: __**$**__________________________________
(para Contadores Públicos, Abogados, Dentistas y Doctores multiplique sus recibos de venta por 0.1%)

13 Cuotas Fijas:

Articulo / Producto / Servicio	Numero	Cuota	Total del Articulo / Producto / Servicio
		Total de la Cuota Fija	$

14 Para ser usada por aquellas ocupaciones que pagan cuotas basadas en el número de unidades usadas / vendidas Numero de Unidades _______________

15 Cuota de Licencia basada en la tabla correspondiente (Tabla ____) **$** ______________________________

16 * Impuestos a pagar** **$** ______________________________

17 Intereses (1 1/4% por mes de los impuestos adeudados a partir de la fecha de pago hasta que los impuestos sean pagados en su totalidad. Intereses **$** ______________________

18 Penalizaciones (5% del impuesto adeudado por cada treinta días o fracción del mismo, desde la fecha de vencimiento hasta que se presente la declaración, pero se limita a un total del 25%) Penalización **$** ____________________

19 ** Cantidad total a pagar **$** _______________________________

20______ Declaro que la información otorgada en esta aplicación y los anexos correspondientes a la misma son verdaderos y correctos. (por favor marque con sus iniciales como prueba de aceptación de esta declaración)

21 Firma del Solicitante ____

22 Firma, nombre, dirección y teléfono de la persona que preparo esta aplicación, si es diferente al solicitante