***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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Negocio Nuevo** ( ) Renovación ( ) Por favor provea el Numero de Licencia del año Anterior**\_\_\_\_\_\_\_\_**

### Número de Identificación Federal de Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Numero de Identificación de Pago de Impuestos de Louisiana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Número de Identificación de Pago de Impuestos Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección Fiscal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Física del Negocio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (incluya numero de lada o código de área)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Tipo de Organización

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

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

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

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Residencial**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

1. **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** Numero de Unidades **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**basadas en el número de unidades usadas / vendidas**

**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 Intereses **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de pago hasta que los impuestos sean pagados en su totalidad.

**18 Penalizaciones** (5% del impuesto adeudado por cada treinta días o Penalización **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fracción del mismo, desde la fecha de vencimiento hasta que se presente la declaración, pero se limita a un total del 25%)

**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**