



Comisión de Taxis
**Town of
Ramapo**
237 Route 59
Suffern New York 10901
(845) 357-5100

El Código de la Ciudad de Ramapo requiere que cualquier persona, empresa, corporación o entidad que posea, controle el uso o se dedique al negocio de operar uno o más taxis/vehículos de alquiler en las calles de la Ciudad debe obtener una Licencia de Operación de la Ciudad.

El Código de la Ciudad de Ramapo §255-7 requiere que el propietario presente una solicitud para una Licencia de Operación en la oficina del Secretario del Pueblo. Adjunto encontrará una Solicitud de Licencia de Operación para el año 2025. Consulte la lista de verificación de solicitud adjunta que indica los documentos requeridos y las tarifas que se incluirán en su paquete de solicitud. El Código de la Ciudad de Ramapo §255-12 requiere que el solicitante proporcione un certificado de seguro, identificando a la Ciudad de Ramapo como el titular del certificado. Consulte la lista de verificación para conocer las cantidades aseguradas requeridas. También debe proporcionar un certificado de Seguro de Compensación para Trabajadores.

Tenga en cuenta que la Ciudad no emitirá licencias de operación / conducir a sus empleados para el año 2026 hasta que su empresa cumpla con las normas. Además, puede estar sujeto a multas y sanciones según lo establecido en § 255-27.

Envíe su paquete de solicitud completo a la oficina del Secretario Municipal lo antes posible para comenzar el proceso de licencia.

Muy sinceramente suyo,

Amy Mele

Amy Mele
Asistente del Abogado de la Ciudad
Pueblo de Ramapo



Pueblo de Ramapo Negocio de Taxis Solicitud de Licencia de Funcionamiento

Información comercial

Nombre Legal del
Negocio Asegurado: _____

Dirección comercial: _____
Dirección *Apartamento/Unidad #*

Ciudad *Estado* *Código postal*

Teléfono de la empresa: _____ Correo electrónico
empresarial: _____

Número de Identificación del Empleador (EIN) : _____

Información del propietario de la empresa

Nombre del propietario: _____

Dirección del
propietario: _____
Dirección *Apartamento/Unidad #*

City *Estado* *Código postal*

Teléfono del
propietario: _____ Correo
electrónico de
contacto: _____

Número de Seguro
Social del Propietario: _____ Dueño
Fecha de
nacimiento: _____

☐ Comprueba aquí si también eres conductor de tu empresa

Persona de contacto

☐ Marque aquí si es igual que el propietario del negocio

Nombre: _____

Dirección: _____
Dirección *Apartamento/Unidad #*

Ciudad *Estado* *Código postal*

Teléfono de contacto: _____ Correo
electrónico de
contacto: _____

Información del centro de despacho

Nombre del Centro de Despacho: _____

Dirección de despacho:

Dirección

Apartamento/Unidad #

Ciudad

Estado

Código postal

Propietario/Gerente: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del Centro de Despacho: _____

Dirección de despacho:

Dirección

Apartamento/Unidad #

Ciudad

Estado

Código postal

Propietario/Gerente: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del centro de despacho: _____

Dirección de despacho:

Dirección

Apartamento/Unidad #

Ciudad

Estado

Código postal

Propietario/Gerente: _____ Número de teléfono: _____

Adjunte ubicaciones adicionales en una página separada si es necesario

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Entiendo que el incumplimiento de la Ley Local de la Ciudad de Ramapo §255 puede resultar en la suspensión o revocación de mi Licencia de Operación.

Firma: _____ Fecha: _____



Pueblo de Ramapo Negocio de Taxis Lista de Verificación de Solicitud de Licencia de Funcionamiento

Su paquete de solicitud completo, incluidos los elementos a continuación, debe enviarse a la oficina del Secretario Municipal de Ramapo.

Los paquetes de solicitud incompletos no se procesarán y se devolverán por correo.

Requisitos de solicitud:

- ☐ Solicitud completa (páginas 1 y 2)
- ☐ Certificado de seguro de responsabilidad (ver ejemplo adjunto en la página 4)
 - La ciudad de Ramapo debe figurar como titular del certificado.
 - La descripción de las operaciones debe indicar que el seguro es “principal para la ciudad”
 - Requisitos
 - \$100,000 por una sola lesión
 - \$300,000 por lesiones a más de una persona
 - \$50,000 por daños a la propiedad
- ☐ Copia de la licencia de conducir del propietario de la empresa
- ☐ Lista de conductores empleados
- ☐ Copia de la licencia comercial del condado de Rockland
- ☐ Certificado de seguro de compensación laboral
- ☐ \$150.00 Cheque certificado o giro postal a nombre de “Ramapo Town Clerk” (Tarifa de investigación de antecedentes: no se aceptan cheques personales)
- ☐ Pago de \$200 por la tarifa de solicitud de licencia de operación comercial (Se acepta efectivo, cheque personal, cheque certificado o giro postal)

Envíe los paquetes de solicitud a:

**Ramapo Attorney's Office
237 Route 59
Suffern, NY 10901**



CERTIFICATE OF LIABILITY INSURANCE

DATE (MM/DD/YYYY)

03/28/2023

THIS CERTIFICATE IS ISSUED AS A MATTER OF INFORMATION ONLY AND CONFERS NO RIGHTS UPON THE CERTIFICATE HOLDER. THIS CERTIFICATE DOES NOT AFFIRMATIVELY OR NEGATIVELY AMEND, EXTEND OR ALTER THE COVERAGE AFFORDED BY THE POLICIES BELOW. THIS CERTIFICATE OF INSURANCE DOES NOT CONSTITUTE A CONTRACT BETWEEN THE ISSUING INSURER(S), AUTHORIZED REPRESENTATIVE OR PRODUCER, AND THE CERTIFICATE HOLDER.

IMPORTANT: If the certificate holder is an **ADDITIONAL INSURED**, the policy(ies) must have **ADDITIONAL INSURED** provisions or be endorsed. If **SUBROGATION** IS **WAIVED**, subject to the terms and conditions of the policy, certain policies may require an endorsement. A statement on this certificate does not confer rights to the certificate holder in lieu of such endorsement(s).

[Your Insurance Company's Name and Address]

CONTACT

NAME:

PHONE

(A/C No. Ext):

FAX

(A/C No.):

E-MAIL

ADDRESS:

INSURER(S) AFFORDING COVERAGE

NAIC #

INSURER A:

INSURER B:

INSURER C:

INSURER D:

INSURER E:

INSURER F:

INSURED

[Your Company's Name and Address]

COVERAGES

CERTIFICATE NUMBER:

REVISION NUMBER:

THIS IS TO CERTIFY THAT THE POLICIES OF INSURANCE LISTED BELOW HAVE BEEN ISSUED TO THE INSURED NAMED ABOVE FOR THE POLICY PERIOD INDICATED. NOTWITHSTANDING ANY REQUIREMENT, TERM OR CONDITION OF ANY CONTRACT OR OTHER DOCUMENT WITH RESPECT TO WHICH THIS CERTIFICATE MAY BE ISSUED OR MAY PERTAIN, THE INSURANCE AFFORDED BY THE POLICIES DESCRIBED HEREIN IS SUBJECT TO ALL THE TERMS, EXCLUSIONS AND CONDITIONS OF SUCH POLICIES. LIMITS SHOWN MAY HAVE BEEN REDUCED BY PAID CLAIMS.

INSR LTR	TYPE OF INSURANCE	ADDL SUBR INSD WVD	POLICY NUMBER	POLICY EFF (MM/DD/YYYY)	POLICY EXP (MM/DD/YYYY)	LIMITS
	<input checked="" type="checkbox"/> COMMERCIAL GENERAL LIABILITY					EACH OCCURRENCE \$
	<input type="checkbox"/> CLAIMS-MADE <input type="checkbox"/> OCCUR					DAMAGE TO RENTED PREMISES (Ea occurrence) \$
A						MED EXP (Any one person) \$
	GEN'L AGGREGATE LIMIT APPLIES PER:					PERSONAL & ADV INJURY \$
	<input type="checkbox"/> POLICY <input type="checkbox"/> PRO-JECT <input type="checkbox"/> LOC					GENERAL AGGREGATE \$
	OTHER:					PRODUCTS - COMP/OP AGG \$
						\$
	AUTOMOBILE LIABILITY					COMBINED SINGLE LIMIT (Ea accident) \$ 100,000
	<input checked="" type="checkbox"/> ANY AUTO					BODILY INJURY (Per person) \$ 100,000
A	<input type="checkbox"/> OWNED AUTOS ONLY <input type="checkbox"/> SCHEDULED AUTOS <input type="checkbox"/> HIRED AUTOS ONLY <input type="checkbox"/> NON-OWNED AUTOS ONLY					BODILY INJURY (Per accident) \$ 100,000
						PROPERTY DAMAGE (Per accident) \$ 50,000
						\$
	UMBRELLA LIAB	<input type="checkbox"/> OCCUR				EACH OCCURRENCE \$100,000
	EXCESS LIAB	<input type="checkbox"/> CLAIMS-MADE				AGGREGATE \$300,000
	DED RETENTION \$					\$
	WORKERS COMPENSATION AND EMPLOYERS' LIABILITY					PER STATUTE OTH-ER
B	ANY PROPRIETOR/PARTNER/EXECUTIVE OFFICER/MEMBER EXCLUDED? (Mandatory in NH)	<input type="checkbox"/> Y/N				E.L. EACH ACCIDENT \$
	If yes, describe under DESCRIPTION OF OPERATIONS below					E.L. DISEASE - EA EMPLOYEE \$
						E.L. DISEASE - POLICY LIMIT \$
A						\$

DESCRIPTION OF OPERATIONS / LOCATIONS / VEHICLES (ACORD 101, Additional Remarks Schedule, may be attached if more space is required)

The Town of Ramapo is included as an Additional Insured, and the insurance is Primary to the Town of Ramapo.

CERTIFICATE HOLDER

CANCELLATION

Town of Ramapo

237 Route 59

Suffern

10901

SHOULD ANY OF THE ABOVE DESCRIBED POLICIES BE CANCELLED BEFORE THE EXPIRATION DATE THEREOF, NOTICE WILL BE DELIVERED IN ACCORDANCE WITH THE POLICY PROVISIONS.

AUTHORIZED REPRESENTATIVE