



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:	FAX (A/C No.):
PHONE (A/C No. Ext.):	E-MAIL ADDRESS:
INSURER(S) AFFORDING COVERAGE	
INSURER A:	NAIC #
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
X	COMMERCIAL GENERAL LIABILITY					EACH OCCURRENCE \$
	CLAIMS-MADE	OCCUR				DAMAGE TO RENTED PREMISES (Ea occurrence) \$
A	GEN'L AGGREGATE LIMIT APPLIES PER:					MED EXP (Any one person) \$
	POLICY PROJECT LOC					PERSONAL & ADV INJURY \$
	OTHER:					GENERAL AGGREGATE \$
	AUTOMOBILE LIABILITY					PRODUCTS - COMP/OP AGG \$
X	ANY AUTO					COMBINED SINGLE LIMIT (Ea accident) \$ 100,000
A	OWNED AUTOS ONLY	SCHEDULED AUTOS				BODILY INJURY (Per person) \$ 100,000
	Hired AUTOS ONLY	NON-OWNED AUTOS				BODILY INJURY (Per accident) \$ 100,000
		AUTOS ONLY				PROPERTY DAMAGE (Per accident) \$ 50,000
	UMBRELLA LIAB	OCCUR				\$
	EXCESS LIAB	CLAIMS-MADE				EACH OCCURRENCE \$100,000
	DED RETENTIONs					AGGREGATE \$300,000
	WORKERS COMPENSATION AND EMPLOYERS' LIABILITY					\$
B	ANY PROPRIETOR/PARTNER/EXECUTIVE OFFICER/MEMBER EXCLUDED? (Mandatory in NH) If yes, describe under DESCRIPTION OF OPERATIONS below	Y/N				PER STATUTE OTH-ER
						E.L. EACH ACCIDENT \$
						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

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

Town of Ramapo

237 Route 59

Suffern

10901