



Division of Licensing Services

NYS Department of State
Division of Licensing Services
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
Servicio al Cliente: (518) 474-4429
www.dos.ny.gov

Solicitud de Duplicado de Licencia y Registro

INSTRUCCIONES:

- Este formulario no se puede usar para cambiar ninguna información de su licencia actual. Para cambiar información, debe presentar un Aviso de Cambio con el formulario DOS-1473.
- Llene la información necesaria como se solicita. **NOTA:** Si no conoce su número Único de Identificación (N.º UID) o la dirección de su empresa, visite www.dos.ny.gov y busque en nuestro índice de titulares de licencias e inscritos para obtener la información actualizada de su licencia y/o registro.
- Presente un formulario por cada solicitud de duplicado de licencia y/o registro, y envíelo por correo junto a un cheque o giro postal pagadero al NYS Department of State, o cargue la tarifa a su MasterCard o Visa mediante una autorización de tarjeta de crédito con el formulario DOS-1450. **Se le cobrará una tarifa de \$20 por cualquier cheque devuelto por su banco. NO ENVÍE EFECTIVO.**

Tipo de Licencia y/o Registro: (marque "X" solo en una)

- | | | |
|---|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agente de venta o intercambio de información de apartamentos | | TARIFA: NINGUNA |
| ----- | | |
| <input type="checkbox"/> Operador de salón de belleza | <input type="checkbox"/> Notario público | TARIFA: \$10.00 |
| <input type="checkbox"/> Agente de ejecución de fianza | <input type="checkbox"/> Investigador privado | |
| <input type="checkbox"/> Operador de barbería | <input type="checkbox"/> Tasador de bienes raíces | |
| <input type="checkbox"/> Contratista de destrucción de documentos | <input type="checkbox"/> Tendero o locatario (salón de belleza y barbería) | |
| <input type="checkbox"/> Empresa de aparatos auditivos | <input type="checkbox"/> Vigilancia, Guardia o Patrullaje | |
| <input type="checkbox"/> Dispensador de aparatos auditivos | | |
| ----- | | |
| <input type="checkbox"/> Transportista de vehículo blindado | <input type="checkbox"/> Inspector de hogares | TARIFA: \$25.00 |
| <input type="checkbox"/> Guardia de vehículos blindado | <input type="checkbox"/> Cementerio de mascotas | |
| <input type="checkbox"/> Agente de atleta | <input type="checkbox"/> Instalador de alarmas de seguridad o incendio | |
| <input type="checkbox"/> Camas | <input type="checkbox"/> Guardia de seguridad | |
| <input type="checkbox"/> Centro de despacho | <input type="checkbox"/> Teleoperador | |
| <input type="checkbox"/> Procesador de monedas | <input type="checkbox"/> Revendedor de boletos | |
| <input type="checkbox"/> Fabricante de productos juveniles duraderos | | |

NUMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN (UID)

NOMBRE EN LA LICENCIA (Apellido, Primer Nombre, I.S.N.)

DIRECCIÓN DE DOMICILIO (Número y calle)

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

CONDADO

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA (Número y calle)

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

CONDADO

Nombre: _____ Firma **X** _____ Fecha: _____