



# PROGRAMA DE CONTROL DE ALARMAS DE SUFFOLK



## Formulario para Permiso de Alarma

Instrucciones: Escriba de forma clara y legible. Complete toda la información requerida. Utilice un formulario por cada uno de los establecimientos que serán registrados. Envíe el formulario con el pago respectivo a la dirección detallada al final de este formulario. Cheque o giro postal debe escribirse a nombre de Suffolk County Police Department. Por favor no envíe efectivo (cash).

<b>1 Ubicación del Lugar con Alarma</b>		<i>Elige Uno</i>	<input type="checkbox"/> Vivienda - \$50
			<input type="checkbox"/> Negocio - \$100
Nombre del Ocupante o Negocio _____			
Dirección _____		Apartamento # _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	
Instrucciones Especiales/Peligros <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Armas de Fuego <input type="checkbox"/> Perros <input type="checkbox"/> Cámaras de video			

<b>2 Nombre del Aplicante</b>		
Apellido _____	Nombre _____	Tel1 _____
Dirección _____	Apartamento # _____	Tel2 _____
Ciudad _____	Estado _____	Tel3 _____
	Código Postal _____	Tel4 _____
Dirección de correo electrónico _____		<input type="checkbox"/> Enviar notificaciones por correo electrónico

<b>3 Personas de Contacto</b>		
<b>Contacto 1:</b>		
Apellido _____	Nombre _____	Tel1 _____
		Tel2 _____
<b>Contacto 2:</b>		
Apellido _____	Nombre _____	Tel1 _____
		Tel2 _____

Yo, el aplicante certifico que de acuerdo con la Resolution No. 1123-2015 del Condado de Suffolk, soy responsable por el pago de cualquier penalidad especificada en esta ley.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nota: Si su información de contacto cambia, usted tiene la responsabilidad de informar al Programa de Control de Alarmas del Condado de Suffolk en un plazo de 10 días laborables.

Enviar a:  
Alarm Management Program  
30 Yaphank Avenue  
Yaphank, NY 11980

Online: WWW.SUFFOLKPD.ORG