



**TESORERA Y RECAUDADORA DE IMPUESTOS**

**Donna Riley**

Tesorera y recaudadora de impuestos

PO Box 859, Modesto, CA 95353  
 1010 10<sup>th</sup> Street, Ste 2500, Modesto, CA 95354  
 Teléfono: 209-525-6388 Fax: 209-525-4347

**SOLICITUD DE PERMISO SEGÚN LA ORDENANZA 6.44 PARA REALIZAR UN SALÓN PÚBLICO DE BAILE**

PERMISO (\$ 100.00) + INSPECCIÓN CONTRA INCENDIOS (\$195.00) + TASA ESTATAL (\$ 4.00) =  
**\$299.00 CARGO TOTAL**

Nombre del salón de baile: \_\_\_\_\_

Dirección del salón de baile: \_\_\_\_\_

Por la presente, el suscrito solicita un permiso para ofrecer un salón de baile público en el condado de Stanislaus, estado de California, en el lugar y la dirección mencionados anteriormente, desde la fecha de emisión del permiso hasta el cumplimiento de un año, inclusive.

Por la presente, se acuerda expresamente que, si se otorga este permiso, dicho salón de baile debe operarse en estricta conformidad con las disposiciones legales según las disposiciones de esta solicitud, y que él/ella responderá por violaciones a las disposiciones legales o normas de las ordenanzas relativas a los salones de baile públicos. **Hay \_\_\_ pies cuadrados de espacio de baile en dicho salón.**

El suscrito es el propietario del salón situado en la dirección mencionada, y por la presente se solicita autorización para mantener y hacer funcionar un salón de baile público en dicho salón.

Firmado en \_\_\_\_\_, California, el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

**Sheriff's Office**

YES	NO	Date:	Signature:
ABC PERMIT		Comments:	

Number of attendants required to be present when said dance hall is open to the public is \_\_\_\_\_

**Fire Department**

YES	NO	Date:	Signature:
Fee: \$195.00		Comments:	

**Environmental Resources**

YES	NO	Date:	Signature:
Kitchen Facility		Water System	
YES	NO	Public	Private Well
		Food Prepared	
		On-Site	Caterer / Name:

**Tax Collector**

Issue Date:	Fees Collected:	Receipt No.:
Date:	Signature:	