



FOR OFFICE USE ONLY/ SÓLO PARA USO DE OFICINA

Application Date: _____ Total Fee: _____
 Receipt No. _____
 Business No.: _____ & Date _____

NEW BUSINESS OCCUPATIONAL TAX CERTIFICATE

CERTIFICADO DE IMPUESTOS DE OCUPACIÓN DE NEGOCIOS NUEVOS

BUSINESS INFORMATION (INFORMACIÓN DE NEGOCIOS)

COMMERCIAL (Comercial) **HOME BASED** (Basado en Casa)

ARE YOU A PAIN MANAGEMENT CLINIC **NO** **YES** If YES, complete the Checklist for Pain Clinic as well.
 (ES USTED UNA CLÍNICA DE MANEJO DEL DOLOR) Si la respuesta es Sí, complete la Lista de Verificación para la Clínica del Dolor también.

Owner Name (Nombre del Dueño)	Owner Phone (Teléfono del Propietario)
Corporate Name (Nombre Corporativo)	Business Name (Nombre del Negocio)
Street/Suite (Calle/Suite)	City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal)
EIN-Federal Tax ID/SSN (EIN-Identificación del Impuesto federal/SSN)	Full Description of the Business (Descripción completa del negocio)
Office Phone (Telefono de Oficina)	Office Email (Correo Electrónico de la Oficina)

Local Business Contact Person Name & Home Address (For commercially located businesses only. Must be a Gwinnett County resident.)
 Nombre de la Persona de Contacto de la Empresa local & Direccion de Casa (Sólo para empresas comerciales. Debe ser residente del Condado de Gwinnet.)

MAILING/CORPORATE INFORMATION (ENVÍO/ INFORMACIÓN CORPORATIVA)

SOLE PROPRIETORSHIP **PARTNERSHIP** **CORPORATION** (Corporations be active, in compliance, and provide copy of Corporate Certificate.)
 (PROPIETARIO ÚNICO) (ASOCIACIÓN) (CORPORACIÓN) (Las corporaciones deben estar activas, cumpliendo y proporcionar copia del Certificado Corporativo.)

Contact Name (Nombre de Contacto)	
Street/Suite (Calle/Suite)	City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal)
Contact Email (Correo Electrónico de Contacto)	Contact Phone (Telefono de Contacto)
No. of Employees(Seasonal Included) (Cantidad de Empleados - Estacional Incluido)	E-VERIFY Number (Número de E-VERIFY)
No. of Practitioners/Flat Fee \$400 each (Número de practicantes / tarifa plana \$ 400 cada uno)	State/Federal License No. (Número de Licencia Estatal / Federal)

In accord with Lilburn business occupation tax codes and ordinances, I the undersigned, certify that I am the person duly authorized by the business herein named to file this application; including the accompanying documentation and that the same are true, correct, and complete. I also understand that my business must be operated in compliance with all applicable state, federal, and local law, ordinances, and regulations; and that the granting of this license or payment of this occupation tax does not waive any rights of any state, federal, or local entity to regulate, and enforce such laws, ordinances, and regulations. In addition, I understand that my business must conform to all zoning rules and regulations.

De acuerdo con Lilburn los códigos de impuestos y ordenanzas de ocupación de negocios, yo el abajo firmante, certifico que soy la persona debidamente autorizada por el negocio aquí nombrado para presentar esta solicitud; Incluyendo la documentación que lo acompaña y que los mismos son verdaderos, correctos y completos. También entiendo que mi negocio debe ser operado de acuerdo con todas las leyes, ordenanzas y regulaciones estatales, federales y locales aplicables; Y que el otorgamiento de esta licencia o pago de este impuesto de ocupación no renuncia a ningún derecho de ninguna entidad estatal, federal o local de regular y hacer cumplir dichas leyes, ordenanzas y reglamentos. Además, entiendo que mi negocio debe cumplir con todas las reglas y regulaciones de zonificación.

Applicant Signature (Firma): _____ Print Name (Nombre): _____ Date (Fecha): _____



OCCUPATIONAL TAX CERTIFICATE

CERTIFICADO DE IMPUESTOS OCUPACIONALES

U.S. Citizen/Qualified Alien Affidavit for Public Benefit

Ciudadano de los Estados Unidos / Declaración Jurada Alienada Calificada para Beneficio Público

By executing this affidavit under oath, as an applicant for a **City of Lilburn Occupation Tax Certificate** referenced in O.C.G.A Section 50-36-1, I am stating the following with respect to my application that

Al ejecutar esta declaración jurada bajo juramento, como solicitante de un Certificado de Impuestos de Ocupación de la Ciudad de Lilburn mencionado en O.C.G.A Sección 50-36-1, declaro lo siguiente con respecto a mi solicitud que

I/Yo, _____, on behalf of/a nombre de _____ am a/soy
(Person Applying for License/Persona que solicita la licencia) (Business Name/Nombre del Negocio)

Either: (Check (1) or (2))/Cualquiera: (Marque (1) o (2))

(1) _____ a **United States Citizen/Un ciudadano de los Estados Unidos**

-OR/O-

(2) _____ a **legal permanent resident** 18 years of age or older **OR** I am an otherwise **qualified alien or non-immigrant under the Federal Immigration and Nationality Act 18 years of age or older and lawfully present in the United States.***

Un **residente permanente** legal de 18 años de edad o más viejo o soy un **extranjero o no inmigrante calificado** por otra parte bajo la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad de 18 años de edad o más y **legalmente presente** en los Estados Unidos.*

The undersigned applicant also hereby verifies that he or she is 18 years of age or older and has provided at least one secure and verifiable document, as required by O.C.G.A. § 50-36-1(e)(1). The secure and verifiable document provided with this affidavit can best be classified as: _____

El solicitante abajo firmante también verifica por este medio que él o ella es mayor de 18 años y ha proporcionado por lo menos un documento seguro y verificable, según lo requerido por O.C.G.A. § 50-36-1 (e) (1). El documento seguro y verificable que se proporciona con esta declaración jurada puede clasificarse mejor como: _____

My Alien Registration Number issued by the Department of Homeland Security or other federal immigration agency is (Mi Número de Registro de Extranjero emitido por el Departamento de Seguridad Interna u otra agencia federal de inmigración es): _____

A front and back copy from the following list of documents **must** be attached to the Affidavit. (Debe adjuntarse a la Declaración Jurada una copia en la parte delantera y trasera de la siguiente lista de documentos.)

- 1. Valid not expired foreign passport with I-94/Válido no expirado pasaporte extranjero con I-94.
- 2. Temporary Resident Alien Card (I-688)/Tarjeta Extranjera Residente Temporal (I-688).
- 3. Employment Authorization Card (I-766 or I-688A)/Tarjeta de Autorización de Empleo (I-766 o I-688A).
- 4. Employment Authorization Document (I-688B)/Documento de autorización de empleo (I-688B).
- 5. Refugee Travel Document (I-571)/Documento de viaje de refugiado (I-571).
- 6. U.S. Permanent Resident Card (I-551)/Tarjeta de Residente Permanente de los Estados Unidos (I-551).

*Note: O.C.G.A. §50-36-1(e) (2) requires that aliens under the Federal Immigration and Nationality Act, Title 8 U.S.C., as amended, provide their alien registration number. Because legal permanent residents are included in the federal definition of "alien", legal permanent residents must also provide their alien registration number. Qualified aliens that do not have an alien registration number may supply another identifying number here: _____, and submit a copy of the qualifying card with this Affidavit.

*Nota: O.C.G.A. §50-36-1 (e) (2) requiere que los extranjeros bajo la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad, Título 8 U.S.C., según enmendada, provean su número de registro de extranjero. Debido a que los residentes legales permanentes están incluidos en la definición federal de "Extranjero", los residentes legales permanentes también deben proporcionar su número de registro de extranjero. Los extranjeros calificados que no tienen un número de registro de extranjero pueden proporcionar otro número de identificación aquí: _____, y presentar una copia de la tarjeta de calificación con esta Declaración Jurada.

SUBSCRIBED AND SWORN BEFORE ME ON

THIS _____ DAY OF _____, 20_____.

Notary Public _____

My Commission Expires: _____

Signature of Applicant (Firma) Date (Fecha)

Printed Name (Nombre)

In making the above representation under oath, I understand that any person who knowingly and willfully makes a false, fictitious, or fraudulent statement or representation in an affidavit shall be guilty of a violation of Code Section 16-10-20 of the Official Code of Georgia.
Al hacer la representación anterior bajo juramento, entiendo que cualquier persona que a sabiendas y voluntariamente haga una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en una declaración jurada será culpable de una violación del Código Sección 16-10-20 del Código Oficial de Georgia.



OCCUPATIONAL TAX CERTIFICATE

CERTIFICADO DE IMPUESTOS OCUPACIONALES

FORM (1b)

Private Employer Exemption Affidavit

Pursuant TO O.C.G.A. § 36-60-6(d)

FORMULARIO (1b): Declaración jurada de exención del empleador privado De acuerdo con O.C.G.A. § 36-60-6 (d)

By executing this affidavit, the undersigned private employer verifies that it is exempt from compliance with O.C.G.A. § 36-60-6, stating affirmatively that the individual, firm or corporation employees less than ten (10) employees and therefore is not required to register with and/or utilize the federal work authorization program commonly known as E-Verify, or any subsequent replacement program, in accordance with the application provisions and deadlines established in O.C.G.A. §13-10-90.

Al firmar esta declaración jurada, el empleador privado abajo firmante verifica que está exento del cumplimiento de OCGA § 36-60-6, declarando afirmativamente que el individuo, firma o corporación empleados menos de diez (10) empleados y por lo tanto no está obligado a registrarse con Y / o utilizar el programa federal de autorización de trabajo comúnmente conocido como E-Verify, o cualquier programa subsiguiente de reemplazo, de acuerdo con las disposiciones de aplicación y los plazos establecidos en OCGA §13-10-90.

Signature of Exempt Private Employer
Firma del Empleador Privado Exento

Printed Name of Exempt Private Employer
Nombre impreso del empleador privado exento

I hereby declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. *(Por la presente declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.)*

Executed on _____, 20__ in _____ (city) _____ (state).
Ejecutado en

Signature of Authorized Agent
Firma del Agente Autorizado

Printed Name and Title of Authorized Agent
Nombre impreso y título del Agente Autorizado

SUBSCRIBED AND SWORN BEFORE ME
ON THIS THE ____ DAY OF _____, 20__.

NOTARY PUBLIC
My Commission Expires: _____



OCCUPATIONAL TAX CERTIFICATE

CERTIFICADO DE IMPUESTOS OCUPACIONALES

Instructions: To be filled out and submitted with payment of Occupation Tax. If a section does not apply, enter N/A. All Administrative Fees are nonrefundable. There will be a transfer fee of \$20 for a business that moves to a different location inside the city limits after paying the current years Occupation Tax. **ALL OCCUPATIONAL TAX CERTIFICATES EXPIRE JANUARY 31ST.**
Contact Business Services at 770-921-2210 or with questions.

Instrucciones: Para ser llenado y enviado con el pago del Impuesto de Ocupación. Si una sección no es aplicable, ingrese N / A. Todas las tasas administrativas no son reembolsables. Habrá una tarifa de transferencia de \$ 20 para un negocio que se traslada a un lugar diferente dentro de los límites de la ciudad después de pagar el impuesto de ocupación de los años actuales. Todos los certificados de impuestos laborales vencen el 31 de enero.

Póngase en contacto con Business Services en 770-921-2210 con preguntas.

Business Name (Nombre del Negocio): _____

Year established: _____

d/b/a: _____

Año Establecido: _____

Business Location (Ubicación de la empresa): _____

If renewing, enter Gross Receipts for PREVIOUS YEAR:

Attach Schedule C/Form 1040 or Gross Receipts Affidavit. Per City Ordinance 419-11 (8)(a)

Enter estimated annual Gross Receipts for CURRENT YEAR OR – Enter total fee if paying per professional license (Introduzca los ingresos brutos anuales estimados para el AÑO EN CURSO O - Ingrese el costo total si paga por licencia profesional)

\$

Choose tax class based upon your NAICS Code/Business Class, and enter tax rate (Elija una clase de impuesto basada en su Código NAICS / Clase Ejecutiva y escriba la tasa impositiva):

Research NAICS Code at (Puede buscar el código NAICS en) <https://www.census.gov/naics/>.

See class descriptions at (Vea las descripciones de clase en) www.cityoflilburn.com on the "Business Licenses" page (En la página "Licencias comerciales").

Class 1	0.0005	Class 4	0.0008
Class 2	0.0006	Class 5	0.0009
Class 3	0.0007	Class 6	0.0010

NAICS CODE

Multiply Line 4 by Line 5. Your Occupation Tax is (\$25 minimum):

Multiplique la Línea 4 por la Línea 5. Su Impuesto de Ocupación es (mínimo de \$ 25):

\$

Administrative Fee (Tasa administrativa):

\$ 75.00

Late File Fee for Renewals filed after March 31 (10% of Occupation Tax):

Cuota de archivo tardío para renovaciones presentadas después del 31 de marzo (10% del impuesto de ocupación):

May 1.5%	June 3%	July 4.5%	Aug. 6%
Sept. 7.5%	Oct. 9%	Nov. 10.5%	Dec. 12%

\$

Additional charge of 1.5% per month(s) late, if Renewal filed after May 1:

Cargo adicional de 1,5% por mes (s) tarde, si Renovación presentada después del 1 de mayo:

Percentage charged on Occupation Tax per O.C.G.A. § 48-13-21 (Porcentaje imputado sobre el impuesto de ocupación por O.C.G.A. § 48-13-21)

Professional License Fee (\$400 per professional):

Cuota de Licencia Profesional (\$ 400 por profesional)

\$

Total Amount Due (Importe total pendiente):

\$



OCCUPATIONAL TAX CERTIFICATE

CERTIFICADO DE IMPUESTOS OCUPACIONALES

Ordinance 423-11- Alarm Registration Form

Registering your alarm online is FAST and EASY with credit card payment option! Visit us at www.lilburn.citysupport.org.

To Mail in form: Send completed form along with registration fee of \$15 check or money order, made payable to "City of Lilburn". Mail to, City of Lilburn PO Box 6112, Concord, CA 94524

Alarm Site Address

STREET ADDRESS _____ APT, STE, or BLDG # _____

CITY, STATE, ZIP CODE _____

Registration Holder Information (person responsible for operation & maintenance of alarm & payment of fees & fines)

NAME _____

ADDRESS _____

EMAIL ADDRESS _____

HOME PHONE _____ WORK PHONE _____ CELL PHONE _____

Emergency Contacts Two persons who have agreed to: a) receive notification of activated alarm; b) respond to alarm site within 30 minutes; and c) grant access to alarm site and deactivate alarm, if necessary.

NAME _____

ADDRESS _____

HOME PHONE _____ WORK PHONE _____ CELL PHONE _____

NAME _____

ADDRESS _____

HOME PHONE _____ WORK PHONE _____ CELL PHONE _____

Any special or dangerous conditions at the alarm site _____

ALARM SYSTEM INFORMATION

Alarm Site Classification

- Residential (house, duplex, condo)
- Apartment
- Commercial (retail store, bank, church, school, etc)

Type of business: _____

Alarm System Classification

- Burglary Holdup
- Duress Panic
- Audible
- Other: _____

Date of Installation (conversion or takeover): _____

Alarm Monitoring Company

Name _____

Phone _____

ALARMHOLDER SIGNATURE/DATE: _____

Alarm holder certifies: a) that a set of written operating instructions for the alarm system, including written guidelines on how to avoid false alarms, has been left with the applicant; and b) that the alarm company has trained the applicant in proper use of the alarm system, including instructions on how to avoid false alarms

UPDATING YOUR REGISTRATION INFORMATION

An alarm user shall inform the Alarm Administrator of any change that alters any information listed on the alarm registration application within 30 business days of the change. Updating your alarm information online is FAST and EASY Visit us at www.lilburn.citysupport.org.