



SERVICIOS DE COBRANZA DE CHEQUES
SOLICITUD SUPLEMENTARIA
 (Estatutos de Oregon, ORS 697.500)

Para establecimientos que tienen una de las licencias listadas en el cuadro de abajo:

Costo por solicitud: \$150 por cada sucursal o establecimiento – 1001

Costo por procesos de investigación: \$75 por cada solicitud – 1004

Todos los nombres que se utilizan para identificar a los establecimientos localizados en Oregon, deben estar registrados con la Oficina de Registro de Negocios de la Secretaría de Estado de Oregon (Secretary of State, Business Registry). Llame al 503-986-2200, o visite el sitio web www.filinginoregon.com.

Por favor llene la solicitud completamente. Escriba N/A, si la respuesta es “ninguna” o “no corresponde”

Nombre del establecimiento:	
Si tiene licencia en una de las siguientes categorías, por favor incluya el número de una de ellas:	
Negocios de cobranza de cheques	Nº de licencia:
Préstamos para consumidores	Nº de licencia:
Préstamos de Día de pago y sobre Títulos de vehículos	Nº de licencia:
Casas de empeño	Nº de licencia:
<p>NOTA: Los requerimientos para la licencia de cobranza de cheques, no aplican a una compañía o establecimiento que tiene una licencia válida de transferencias de dinero. Sin embargo, éstas compañías o establecimientos deben observar los siguientes requerimientos: Límite de cargos por el cobro de cheques, fijado del anuncio de cargos por el cobro de cheques en un lugar visible al cliente, mantenimiento de registros.</p>	

Ésta solicitud continúa en la siguiente página

Para pagos con tarjeta de crédito - por medio de fax: 503-947-2333

El casillero de abajo debe estar firmado si está pagando por su solicitud con tarjeta de crédito.

<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Discover	Teléfono: - -
Numero de tarjeta de crédito		Fecha de expiración	
Nombre del dueño de la tarjeta de crédito		(1001) Costo de Licencia(s): \$	
Firma del dueño de la tarjeta		(1004) Costo de sondeo/indagación): \$	
		Costo total: \$	

Envíe su cheque o giro postal pagable a:
Department of Consumer & Business Services.
No envíe dinero en efectivo.

Las solicitudes por correo postal deben enviarse a:
 DCBS - Fiscal Services
 P.O. Box 14610
 Salem, OR 97309-0445

PCA code: 61410/1001, 61410/1004

Fiscal use only:



2. Tipo de organización: <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Propietario(a) único: <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Otro:			
3. Número del contribuyente para impuestos (EIN o TIN):			
4. Nombre(s) comercial o asumido, si es diferente al de arriba:			
5. Dirección de correo de la oficina central:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
6. Teléfono: - -	Fax: - -	Sitio web:	
7. Nombre del agente registrado en Oregón:			
8. Incluya una declaración completa acerca de la situación financiera de su negocio y hojas de balance, además de su declaración de pérdidas y ganancias.			
9. ¿Está este negocio bajo la protección de bancarrota? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, explique:			
Incluya una copia de los cargos por el cobro de instrumentos negociables (cheques). Si los cargos serán diferentes en cada establecimiento, incluya esa información que aplica a cada uno de ellos. Nota: La lista de cargos deben estar visibles al cliente en cada uno de los establecimientos.			
Lista de cada establecimiento para los que está solicitando licencia para el cobro de cheques:			
Dirección	Ciudad	Condado	Código postal

Si necesita, incluya hojas adicionales con la información requerida para todas las sucursales

Certifico que la información que incluyo en esta solicitud es actual y correcta a la fecha en que firmo este documento. Notificaré a la División de Regulación Financiera de cualquier cambio de información si ocurren antes de que la licencia haya sido emitida.

Declaro que soy el _____ de la compañía y estoy autorizado(a) para representarla. (Escriba su título o cargo)	
Nombre (letra de molde):	Teléfono: - -
Firma:	Fecha:

NOTA: El enviar ésta solicitud y pagar los costos, no garantiza que se emitirá la licencia. La División de Regulación Financiera debe revisar la información antes de aprobar la solicitud.



Oregon Department of Consumer and Business Services**Division of Financial Regulation**

350 Winter St. NE, Rm. 410, Salem, Oregon 97301-3881

Mailing address: P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405

503-378-4140 • Fax: 503-947-7862

http://dfcs.oregon.gov

**AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES CRIMINALES E INFORMES DE CRÉDITO**

Cada uno de los miembros, funcionarios, directores, dueños inversionistas del diez (10) por ciento o más en la corporación, propietario - si el solicitante es una entidad y no una corporación y administradores de cada establecimiento, deben completar y firmar la siguiente información:

Nombres:		Apellidos:			
Nombre de la compañía:					
Teléfono (casa): - -			Teléfono (oficina): - -		
Dirección (casa):			Dirección (oficina) :		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección alterna (casa):			Dirección alterna (oficina):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (mes/día/año): / /			Cargo o título:		
Número de Seguro Social: - -			Correo electrónico:		
Número de licencia de conducir y estado :			Porcentaje de propiedad en el negocio: %		
INCLUYA UN CURRÍCULUM DE SU EXPERIENCIA DE TRABAJO POR LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS					
¿Fue usted convicto(a) por algún delito? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, explique:					
¿Fue usted convicto (a) por algún delito por fraude en menor cuantía, falsificación o engaño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, explique:					
¿Estuvo usted sujeto(a) a acciones administrativas por parte de alguna agencia estatal, donde se le impuso una multa u otra acción en contra de una licencia bajo su responsabilidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, explique:					
¿Tiene usted algún récord de sanciones por fallos judiciales que están impagos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, explique:					
¿Se acogió usted a la protección - voluntaria o involuntaria - de una bancarrota? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, explique:					

Certifico que la información que proveo aquí es actual y correcta hasta la fecha en que firmé este documento. Entiendo que al firmar doy autorización para la revisión de mis informes de crédito, tal como se define dentro de la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act – 15 USC 1681 et seq.)

Firma

Fecha