

INSTRUCCIONES DE LA SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE TRANSPORTISTA PRIVADO DE PASAJEROS

En vigencia a partir del 1º de julio de 2018.

Todos los solicitantes del certificado de transportista privado de pasajeros (*Private Carrier of Passengers*, PCP) deben completar totalmente esta solicitud, pagar las tarifas requeridas, proveer la información requerida sobre la inscripción en programas obligatorios, proveer y mantener seguro de responsabilidad civil en los niveles requeridos.

Guarde una copia para sus propios archivos y después envíe la solicitud firmada y completada a la dirección que se proporciona en **SECCIÓN 9. La información requerida debe ser proveída o su solicitud se le devolverá sin procesarse.** Si necesita formularios, tiene preguntas o necesita asistencia para completar esta solicitud, hay información disponible en <http://www.dmv.ca.gov> o llame al (916) 657-8153.

ACTIVIDADES DE TRANSPORTE EXENTAS – No es necesario que obtenga un certificado PCP del departamento o que presente un aviso de exención para las siguientes actividades:

- A. Negocios de alquiler que usen vehículos propios o rentados, sin cargo según la §34681(b)(1) del código de vehículos (*California Vehicle Code, CVC*).
- B. Operador de un hotel, motel o de otro tipo de alojamiento temporario que proporcione servicios de transporte sin cargo según la §34681(b)(2) CVC.
- C. Lugares de entretenimiento o atracciones comerciales los que incluyen, pero no se limitan, a las instalaciones que proporcionan esquí sobre nieve según la §34681(b)(2) CVC.
- D. Agencias del gobierno del Estado de California y subdivisiones políticas según la §34686 CVC.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE TRANSPORTISTA (CA #):

La Patrulla de Caminos de California (CHP) emite este número y se usa como identificación del certificado del transportista PCP. Si necesita ayuda, comuníquese con la unidad de seguridad del autotransportista local de la patrulla CHP (*Motor Carrier Safety Unit*).

SECCIÓN 1 – TIPO DE SOLICITUD: *marque una sola casilla*

- A. **ORIGINAL (\$35)** – Al solicitar su primer certificado PCP anual.
- B. **RESTITUCIÓN (\$125)** – Al restituir su certificado PCP después de una suspensión o revocación. No se cobra si el retiro es voluntario.
- C. **RENOVACIÓN (\$30)** – Al renovar su certificado PCP.

SECCIÓN 2 – NOMBRE LEGAL/ENTIDAD COMERCIAL: *marque una sola casilla e ingrese la información requerida.*

- A. **INDIVIDUAL** – Una persona que opera como propietario único debe proveer:
 - Nombre legal completo (use el mismo nombre tal como aparece en su licencia de manejar), su número de licencia de manejar y el estado emisor.
 - Número de seguro social.
- B. **CORPORACIÓN** – Una corporación registrada con la Secretaría de Estado (*Secretary of State, SOS*), organización sin fines de lucro, fideicomiso o tribu indígena debe proveer:
 - Nombre de la corporación, de la organización sin fines de lucro, del fideicomiso o de la tribu indígena.
 - Número Federal de Identificación del Empleador (*Federal Employer Identification Number, FEIN*) o si está exento por parte del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service, IRS*) e ingrese "EXEMPT"* (exento).
 - Número de la corporación emitido por la secretaría SOS, estado emisor y fecha de incorporación.
 - Nombre y cargo del funcionario oficial y todos los otros oficiales de la corporación. Si es necesario, adjunte una página.

NOTA: Las agencias gubernamentales y subdivisiones políticas están exentas según la §34686 CVC.

- C. **COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LIMITED LIABILITY COMPANY, LLC)** – Una compañía LLC registrada en la secretaría SOS debe proveer:
 - Nombre de la compañía LLC.
 - Número FEIN o si lo exenta la agencia IRS, ingrese "EXEMPT"*.
 - Nombre del socio general o gerente y de todos los demás socios.
- D. **ASOCIACIÓN** – Una asociación organizada debe proveer:
 - Nombre de la asociación.
 - Número FEIN o si lo exenta la agencia IRS, ingrese "EXEMPT"*.
 - Nombre del socio general o gerente y de todos los demás socios. Si es necesario, adjunte una página.

***NOTA:** Si está exento de obtener un número FEIN, presente copias de los documentos de respaldo emitidos por la agencia IRS.

NÚMERO TELEFÓNICO: *información requerida* – Provea el número telefónico del negocio o su solicitud será devuelta.

REPRESENTANTE AUTORIZADO: *se requiere si un representante autorizado firma la solicitud* – Ingrese el nombre de la persona autorizada para actuar como su representante en asuntos relacionados al certificado PCP.

SECCIÓN 3 – NOMBRES COMERCIALES (DBA)/DE MARCA COMERCIAL/NOMBRES FICTICIOS:

Debe proveer todos los nombres comerciales o nombres de marca comercial o nombres ficticios del negocio que use en sus actividades de transportista privado de pasajeros. Presente una copia actual del comprobante de haber presentado su declaración de nombre ficticio del negocio, si corresponde.

No incluya nombres comerciales a menos que se hayan aceptado en cumplimiento a partir de la §17900 del código de negocios y profesiones (*Business and Professions Code*). Comuníquese con la oficina del registro del condado local (*County Recorder's Office*) para obtener asistencia.

SECCIÓN 4 – LUGAR PRINCIPAL DE NEGOCIOS: *información requerida*

A. Dirección del negocio – Provea la dirección de su negocio. Si tiene más de un local, provea la dirección de la oficina principal. No ingrese un apartado postal (*PO Box*) ni buzón privado (*PMB*).

B. Dirección postal (*si es diferente*) – Ingrese la dirección postal si es diferente a la del negocio.

SECCIÓN 5 – TIPO DE SERVICIOS DE TRANSPORTE: *información requerida – marque todo lo que corresponda*

A. Programas juveniles – Indique si se trata de un campamento organizado según la §18897 del código de salud y seguridad (*Health and Safety Code*) o una entidad sin fines de lucro según la §501(c)(3) del código fiscal IRS.

B. Privado/Otro – Indique si es un transportista privado según la §34681 CVC.

NOTA: Su selección determinará la cobertura mínima de responsabilidad civil que se debe proveer según la §34692 CVC. La información se revisará y será notificado por escrito si se determina que se necesita información adicional.

SECCIÓN 6 – PROGRAMA DE AVISO AL EMPLEADOR (*EMPLOYER PULL NOTICE PROGRAM, EPN*): *marque solo una casilla*

Si los vehículos que usa en las actividades de transporte privado de pasajeros requieren que el conductor tenga una licencia de manejar comercial (Clase A, Clase B o Clase C con un certificado especial o endoso) debe inscribirse en el programa EPN según la §1808.1 CVC. Si necesita formularios o tiene preguntas sobre el programa EPN, puede visitar:

https://www.dmv.ca.gov/portal/dmv/?1dmy&uril=wcm:path:/dmv_content_en/dmv/vehindustry/ept/epngeninfo o llame al (916) 657-6346 para obtener asistencia.

Seleccione uno de los siguientes:

A. Número EPN requerido – Marque esta casilla e ingrese su código de solicitante EPN cuando:

- Su entidad de negocios es una **corporación, compañía de responsabilidad limitada (LLC), asociación o entidad individual**; uno o más vehículos comerciales de su flota de transportista privado de pasajeros requiere que el conductor tenga una licencia de manejar comercial, usted emplea conductores, dispone de amigos o familiares o sus vehículos son operados por miembros de la corporación, compañía LLC o asociación.
- Su entidad comercial es **individual**; su flota de transportista privado de pasajeros tiene dos o más vehículos motorizados comerciales, uno o más de los cuales requieren que el conductor tenga una licencia de manejar comercial.

B. Número EPN no requerido – Marque esta casilla e ingrese la información requerida cuando:

- Sus actividades como transportista privado de pasajeros no requieren que los conductores tengan una licencia de manejar comercial.
- No tiene una terminal (lugar de negocios) en California. Ingrese la dirección del negocio fuera del estado.
- Sus actividades como transportista requieren que los conductores tengan una licencia de manejar comercial, sin embargo, usted no emplea conductores sino que los emplea una agencia o terceros y tales conductores están inscritos en la cuenta EPN de sus empleadores. Ingrese el nombre, dirección y número telefónico de la agencia o terceros.

NOTA: Se revisará su selección y se le notificará por escrito si se requiere que se inscriba en el programa EPN o se necesita más información.

SECCIÓN 7 – VEHÍCULOS EN OPERACIÓN: *debe completar todo*

Un transportista privado de pasajeros es el que transporta pasajeros sin fines de lucro.

A. Número de vehículos – Necesita proveer:

- El número de vehículos motorizados que se usan en las actividades de transportista privado de pasajeros.

B. Información vehicular – Necesita proveer una lista de todos los vehículos motorizados que se usan en las actividades de transportista privado de pasajeros incluyendo:

- Número de placa, estado emisor y número de asientos (incluido el del conductor).
- Número completo de serie del vehículo, VIN.

NOTA: Use el formato que se muestra en la solicitud. Si es necesario, adjunte una página.

SECCIÓN 8 – INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE MATRÍCULA:

A partir del 1º de enero de 2006, cualquier persona o servicio de matrícula que presente documentos o pagos de tarifas o de compensación deberá tener autorización del Departamento de Vehículos Motorizados, DMV. Si usted tiene un servicio de matrícula, se requiere la siguiente información:

- Nombre en letra de molde y firma de la persona que completa el formulario y fecha en que se firma.
- Nombre de la compañía, número de licencia de oficio, fecha de vencimiento, dirección y número telefónico.

SECCIÓN 9 – CERTIFICACIÓN

Todos los solicitantes deben completar esta sección y firmarla con tinta. Si la firma un representante autorizado, debe completar toda la sección del representante autorizado en la **SECCIÓN 2**.

REQUISITOS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL:

Use esta tabla para determinar el nivel de cobertura de seguro que su negocio requiere basándose en el tipo de actividades de transporte que marcó en la **SECCIÓN 5** de la solicitud.

| Si es... | ...y una capacidad máxima de asientos | Entonces, debe proveer seguro vehicular en el siguiente único límite combinado |
|--|--|---|
| Un programa juvenil que funciona como un campamento organizado | A. Hasta 8 pasajeros B. Hasta 15 pasajeros C. 16 + pasajeros | A. \$500,000 de seguro general y \$250,000 de cobertura general total (<i>umbrella</i>) B. \$1,000,000 de seguro general y \$500,000 de cobertura general total (<i>umbrella</i>) C. \$1,500,000 de seguro general y \$3,500,000 de cobertura general total (<i>umbrella</i>) |
| Un programa juvenil sin fines de lucro | A. Hasta 8 pasajeros B. Hasta 15 pasajeros C. 16 + pasajeros | A. \$500,000 de seguro general B. \$1,000,000 de seguro general C. \$1,500,000 de seguro general y \$3,500,000 de cobertura general total (<i>umbrella</i>) |
| Transportista privado | No corresponde | \$15,000/\$30,000 por lesiones corporales y \$5,000 por daños a la propiedad |

No se emitirá un certificado PCP hasta que se presente al departamento un comprobante aceptable de seguro de responsabilidad civil. Se requiere que durante el plazo activo del certificado, todos los transportistas privados de pasajeros mantengan válido el comprobante de seguro vehicular en los archivos del departamento al nivel de cobertura requerido. Debe presentar el seguro de responsabilidad civil por medio de uno de los siguientes documentos:

- *Certificado de seguro (Certificate of Insurance, REG 1323)*
- *Fianza de responsabilidad civil (Liability Bond, REG 1327)*

NOTA: El comprobante de seguro debe emitirse bajo el mismo nombre legal de transportista privado de pasajeros que se ingresó en la **SECCIÓN 2** de la solicitud.

RETIRO VOLUNTARIO

Si desea terminar sus actividades de transportista privado de pasajeros, debe completar y presentar un formulario de petición de retiro voluntario (*Request for Voluntary Withdrawal, REG 1308*) antes de cancelar su seguro de responsabilidad civil.

Si tiene preguntas, llame al (916) 657-8153.

Envíe por correo su solicitud completada a:

**DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES
REGISTRATION OPERATIONS DIVISION
P.O. BOX 932370 MS H875
SACRAMENTO, CA 94232-3700**

O

Para servicio de entrega inmediata a:

**DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES
REGISTRATION OPERATIONS DIVISION
2415 1ST AVENUE MS H875
SACRAMENTO, CA 95818**

SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE TRANSPORTISTA PRIVADO DE PASAJEROS

| |
|---|
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE TRANSPORTISTA (CA #) |
| |

- La información requerida en este formulario corresponde a la elegibilidad para la emisión de un certificado de transportista privado de pasajeros PCP y se requiere según la autoridad que establece la división 14.86 CVC. Si no la provee, es causa para que se le niegue la emisión del certificado PCP según la §34683 CVC.
- La información que proporcione en este formulario se constituye como expediente público que normalmente usan las agencias policiales y está sujeta a escrutinio por parte del público general, excepto el número de licencia de manejar, número de seguro social, número federal de identificación del empleador, número del código de solicitante del programa de aviso al empleador EPN e información de pago y del empleado.
- **Por favor lea las instrucciones antes de completar esta solicitud.**

NOTA: La ley le permite al Departamento de Administración Tributaria de California (*Department of Tax and Fee Administration*) y a la Junta de Impuestos Estatales (*Franchise Tax Board*) compartir la información del contribuyente con el DMV. Se les requiere a los transportistas privados de pasajeros pagar sus impuestos obligatorios. Si no los pagan, el DMV puede suspender un certificado PCP según la §494.5 del código comercial y de profesiones (*Business and Professions Code*).

SECCIÓN 1 — TIPO DE SOLICITUD

- Original** (\$35)
 Renovación (\$30)
 Restitución (\$125)

SECCIÓN 2 — NOMBRE LEGAL/ENTIDAD COMERCIAL – MARQUE UNA SOLA CASILLA Y COMPLETE TODO

A. INDIVIDUAL

| | | | |
|--|-------------------------------|---------------|-------------------------|
| NOMBRE LEGAL (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO COMO SE MUESTRA EN SU LICENCIA DE MANEJAR O TARJETA DE IDENTIDAD) | NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR | ESTADO EMISOR | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
|--|-------------------------------|---------------|-------------------------|

B. CORPORACIÓN

| | |
|---|---|
| NOMBRE DE LA CORPORACIÓN (COMO ESTÁ REGISTRADO CON LA SECRETARÍA DE ESTADO) | NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (FEIN) O INGRESE* EXEMPT* (EXENTO) |
| NÚMERO DE LA CORPORACIÓN | ESTADO EMISOR |
| NOMBRE DEL GERENTE PRINCIPAL (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO) | FECHA DE INCORPORACIÓN (MES/DÍA/AÑO) |
| OFICIALES DE LA CORPORACIÓN (SI ES NECESARIO, ADJUNTE UNA PÁGINA). | CARGO |

C. COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LIMITED LIABILITY COMPANY, LLC)

| | |
|---|--|
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (COMO ESTÁ REGISTRADO EN LA SECRETARÍA DE ESTADO) | NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (FEIN) O INGRESE* EXEMPT* (EXENTO) |
| NOMBRE DEL SOCIO GERENTE PRINCIPAL (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO) | NOMBRES DE TODOS LOS SOCIOS DE LA CORPORACIÓN (SI ES NECESARIO, ADJUNTE UNA PÁGINA). |

D. ASOCIACIÓN

| | |
|--|--|
| NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN | NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (FEIN) O INGRESE* EXEMPT* (EXENTO) |
| NOMBRE DEL GERENTE O SOCIO ADMINISTRADOR (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) | NOMBRES DE TODOS LOS SOCIOS DE LA CORPORACIÓN (SI ES NECESARIO, ADJUNTE UNA PÁGINA). |

| | |
|---|---|
| NÚMERO TELEFÓNICO – (requerido a todos los solicitantes) | REPRESENTANTE AUTORIZADO – (requerido si el representante autorizado firma la solicitud) |
| NÚMERO TELEFÓNICO () | |

SECCIÓN 3 — NOMBRE COMERCIAL (DBA)/MARCA COMERCIAL/NOMBRE FICTICIO – INGRESE SOLO LOS NOMBRES COMERCIALES ADOPTADOS LEGALMENTE Y PRESENTE UNA COPIA DE ARCHIVO DE LA DECLARACIÓN DEL NOMBRE FICTICIO ACTUAL DE SU NEGOCIO O ANOTE "NOT APPLICABLE" SI NO CORRESPONDE.

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

SECCIÓN 4 — LUGAR PRINCIPAL DEL NEGOCIO – DEBE COMPLETAR TODO

DIRECCIÓN COMERCIAL (DIRECCIÓN FÍSICA, NO INGRESE UN APARTADO POSTAL O BUZÓN PRIVADO)

A. _____

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN COMERCIAL)

B. _____

SECCIÓN 5 — TIPO DE SERVICIOS DE TRANSPORTES – DEBE COMPLETAR TODO

- A. Programas juveniles**
 - Campamento organizado** – Es una organización que opera como un campamento organizado como lo define la §18897 en el código de salud y seguridad (*Health and Safety Code*).
 - Organización sin fines de lucro** – Es una organización sin fines de lucro que califica para obtener una exención de impuestos según la §501 (c) (3) del código fiscal IRS.
- B. Transportista privado** – Indique si es un transportista privado según la §34681 CVC.

NOTA: Su selección determinará la cobertura de responsabilidad civil mínima que debe proveer según la §34692 CVC. Se revisará la información y se le notificará por escrito si se determina que se necesita información adicional.

SECCIÓN 6 — PROGRAMA DE AVISO AL EMPLEADOR (EPN) §1808.1. CVC – DEBE COMPLETAR TODO

- A. SE REQUIERE EL NÚMERO EPN** – Si es una corporación, compañía de responsabilidad limitada LLC o asociación y si sus actividades como transportista privado de pasajeros requieren que los conductores tengan una licencia de manejar comercial o si emplea conductores, le ayudan amigos o familiares o si sus vehículos son operados por socios de su entidad. Usted es un individuo que tiene dos o más vehículos y al menos uno de sus vehículos requiere que el conductor tenga una licencia de manejar comercial. **# Código del solicitante del programa EPN** _____
- B. NO SE REQUIERE EL NÚMERO EPN** – Provea la información requerida a continuación.
 - Actividades de transportista privado de pasajeros que no requieren una licencia de manejar comercial.
 - No hay terminales en California. La dirección de la terminal es _____
 - Actividades de transportista privado de pasajeros que requieren una licencia de manejar comercial y obtiene conductores de terceros (ingrese nombre, dirección y número telefónico) _____

NOTA: Se revisará su selección y se le notificará por escrito si se determina que se requiere inscribirse en el programa EPN o más información.

SECCIÓN 7 — VEHÍCULOS EN OPERACIÓN – DEBE COMPLETAR TODO

A. Ingrese el número de vehículos de su propiedad, matriculados, alquilados, y/u operados durante el periodo de vigencia del último certificado. Si éste es un nuevo negocio que no operado o tenido certificados anteriormente, ingrese el número de vehículos que se van a operar durante el periodo de vigencia del certificado actual. **No incluya remolques.**

| | |
|---------------------------|--|
| NÚMERO TOTAL DE VEHÍCULOS | NÚMERO TOTAL DE VEHÍCULOS – Privados (transporte de pasajeros sin compensación) |
| NÚMERO DE ASIENTOS | DEL VEHÍCULO CON EL MAYOR NÚMERO DE ASIENTOS (INCLUYENDO EL DEL CONDUCTOR) ANOTE EL NÚMERO DE ASIENTOS. |

CA # _____

B. Ingrese el número de placa, estado emisor y número completo de serie del vehículo (VIN) de cada unidad motriz de su flota de transportista privado de pasajeros. Si su flota tiene más de 10 vehículos, presente esta información adjuntando una página y use el formato que se muestra a continuación, incluya su CA # y nombre del negocio. **No incluya remolques.**

| NÚMERO DE PLACA | ESTADO EMISOR | CAPACIDAD MÁXIMA DE ASIENTOS (NÚMERO DE PASAJEROS) | NÚMERO DE SERIE DEL VEHÍCULO (VIN) |
|-----------------|---------------|--|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SECCIÓN 8 — INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE MATRÍCULA – SOLO PARA SERVICIO DE MATRÍCULA

| | | | |
|---|--|---|--|
| NOMBRE IMPRESO DE LA PERSONA QUE COMPLETÓ ESTE FORMULARIO | | FIRMA DE LA PERSONA QUE LO COMPLETÓ X | |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SERVICIO DE MATRÍCULA | | NÚMERO TELEFÓNICO () | |
| NÚMERO Y FECHA DE VENCIMIENTO DE LA LICENCIA DE OFICIO | | FECHA | |

SECCIÓN 9 — CERTIFICACIÓN – COMPLETE Y FIRME

Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que lo anterior es cierto y correcto.

| | | | |
|--------------------------|---------------------|-------|--|
| NOMBRE EN LETRA DE MOLDE | | CARGO | |
| FIRMA X | FIRMADO EN (CIUDAD) | FECHA | |

PAGO:
Haga su cheque o giro postal (**NO ENVÍE EFECTIVO**) pagadero a Department of Motor Vehicles y adjúntelo a su solicitud. Llame al **(916) 657-8153** si tiene preguntas.

NOTA: Si el banco rechaza su pago, se añadirá una tarifa de \$30 por cada cheque sin fondos y quizás se cancele su certificado.

| | | |
|---|---|--|
| <p>Envíe por correo su solicitud completa a: DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES REGISTRATION OPERATIONS DIVISION P.O. BOX 932370 MS H875 SACRAMENTO, CA 94232-3700</p> | O | <p>Para entrega inmediata a: DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES REGISTRATION OPERATIONS DIVISION 2415 1ST AVENUE MS H875 SACRAMENTO, CA 95818</p> |
|---|---|--|

¡Ahorre tiempo, conéctese al Internet!
dmv.ca.gov
CONducir AL CAMBIO