



# Town of Kearny

Department of Public Health • Walter J. Nicol Health Center

645 Kearny Avenue, Kearny, NJ 07032

Phone: 201-997-0600 • Fax: 201-997-9703

[www.kearnynj.org](http://www.kearnynj.org)

## APLICACIÓN DE LICENCIA PARA INSTALACIONES ANIMALES

Tipo de Aplicación:  Inicial  Renovación

Tipo de Establecimiento:

Perrera (\$100)  Tienda de Animales (\$50)  Cárcel de Perros (\$100)  Refugio (\$100)

**LA AUTORIDAD DE SALUD REVISARÁ TODAS LAS APLICACIONES Y DOCUMENTOS ADJUNTOS DENTRO DE LOS 30 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE ENVÍO. TENGA EN CUENTA QUE TODAS LAS LICENCIAS DE INSTALACIONES ANIMALES SE VENCEN ANUALMENTE EL 31 DE MAYO. PUEDE SER REQUERIDA LA APROBACIÓN DE OTRAS AGENCIAS REGULADORAS ANTES DE LA OPERACIÓN INICIAL DE SU ESTABLECIMIENTO. ES POSIBLE QUE SE REQUIERA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL ANTES DE OBTENER LA APROBACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD. NINGUNA TIENDA DE MASCOTAS VENDERÁ, ENTREGARÁ, OFRECERÁ EN VENTA, TRATARÁ, SUBASTA, REGALARÁ O DE OTRO MODO TRANSFERIR O DESECHAR GATOS O PERROS SEGÚN EL CÓDIGO MUNICIPAL DE KEARNY 9-13.2, PERO NADA PROHÍBIRÁ QUE LAS TIENDAS DE MASCOTAS COLABOREN CON LAS INSTALACIONES DE CUIDADO DE ANIMALES ORGANIZACIONES DE RESCATE DE ANIMALES O CRIADORES AFICIONADOS REPUTABLES QUE, OFRECEN ESPACIO PARA QUE DICHAS ENTIDADES MUESTREN PERROS Y GATOS ADOPTABLES. ESTO NO SE APLICARÁ A NINGUNA TIENDA DE MASCOTAS QUE EXISTA LEGALMENTE EN LA CIUDAD DE KEARNY ANTES DE LA FECHA DE VIGENCIA DE LA ORDENANZA NÚM. 2017-57, SIEMPRE QUE DICHA TIENDA DE MASCOTAS CONTINÚE CUMPLIENDO EN TODO MOMENTO CON TODAS LAS LEYES. SE ADJUNTE A ESTA APLICACIÓN UNA COPIA ACTUALIZADA DE LA CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN VETERINARIA Y SE PUBLICARÁ DE MANERA CONSPICUAMENTE EN LA INSTALACIÓN SEGÚN N.J.A.C. 8: 23A-1.9(a).**

Nombre Comercial del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del Operador: \_\_\_\_\_

Dirección del Operador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Carnet de Conducir: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si corresponde): \_\_\_\_\_

*Se entiende que dicha licencia no es transferible, no reembolsable y se otorga por el período designado en la licencia. Además, la licencia puede revocarse si se infringen los requisitos pertinentes de la Junta de Salud y/o las leyes del estado de Nueva Jersey. Doy fe de que toda la información proporcionada en esta aplicación es verdadera.*

Nombre del Solicitante (Imprimir): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### USO DE OFICINA ÚNICAMENTE

Inspector's Initials: \_\_\_\_\_ Approved/Denied: \_\_\_\_\_ Fee: \_\_\_\_\_ Cash/Check #: \_\_\_\_\_

License #: \_\_\_\_\_ Issue Date: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_