



TOWN OF ISLIP
Office of the Town Clerk

Olga H. Murray
Town Clerk & Registrar of Vital
Statistics

COSTO DE APLICACIÓN (No Reembolsable)
Carnaval/Circo: \$500.00 Feria: \$400.00
Espectáculo al aire libre: \$400.00

APLICACIÓN DE CARNAVALES, CIRCOS Y ESPECTÁCULOS AL AIRE LIBRE

******DEBEN SER PRESENTADO 45 DÍAS ANTES DEL EVENTO******

SI LA ASISTENCIA ES MAS DE 1,000 PERSONAS, LA APLICACIÓN DEBE SER PRESENTADA 60 DÍAS ANTES DEL EVENTO

Fecha de Aplicación: _____ Fecha(s) del Evento: _____

Nombre exacto de la Organización: _____

Dirección de la Organización: _____

de Teléfono de la Organización: _____ Correo electrónico de la Organización: _____

Propósito de Diversiones & Disposición de Los Ingresos: _____

Nombre y # de Teléfono de la persona(s) en sitio para **contactar en la(s) fecha(s)** del evento: _____

Información del Operador del Carnaval: Nombre: _____

de Teléfono: _____ Dirección: _____

Descripción completa de las actividades de entretenimiento: _____

Asistencia anticipada: _____ **Número de atracciones Adulto:** _____ **Niños:** _____

Día(s) Horas de Operación: _____

¿Es un Nuevo Evento?: _____ Si no, especifique la fecha anterior: _____

Lugar del Evento: _____ Ubicación de las atracciones: _____

Dirección exacta: _____ Nombre popular del lugar si es aplicable: _____

Área de estadificación: _____ Dirección del área de estadificación: _____

Hora de inicio y fin de la estadificación: _____

LOS SOLICITANTES SON RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LOS RESIDENTES LOCALES Y A LOS MOTORISTAS DE CUALQUIER CIERRE DE CARRETERA. EL AVISO DEBE INCLUIR RUTAS ALTERNATIVAS PARA VEHÍCULOS DE EMERGENCIA.

Especifique si se han **hecho arreglos para la vigilancia/seguridad privada. (¿Se requiere asistencia al Departamento de Policía del Condado de Suffolk?)** _____

Especifique si el Departamento de Policía del Condado de Suffolk es necesario para los cierres de carreteras:
Si No

Especifique si se necesitarán barricadas: Si: _____ ¿Cuántos? _____ No: _____

¿Se servirá alcohol en el evento? _____



TOWN OF ISLIP
Office of the Town Clerk

Olga H. Murray
Town Clerk & Registrar of Vital
Statistics

Nombre **dos** representantes de la organización y sus puestos:

1. Nombre: _____ Puesto: _____

Dirección: _____

de Telefono: _____ # de Teléfono Comercial: _____ # de Teléfono portátil _____

2. Nombre: _____ Puesto: _____

Dirección: _____

de Telefono: _____ # de Teléfono comercial: _____ # de Teléfono portátil _____

Firma y Título del Representante # 1



Firma y Título del Representante # 2



TOWN OF ISLIP
OFFICE OF EMERGENCY MANAGEMENT
(OFICINA DE MANEJO DE EMERGENCIAS)

Incident Action Plan
(Plan de Acción de Incidentes)

Título del Evento: _____ **Fecha del Evento:** _____

El propósito de este Plan de Acción de Incidentes (PAI) es identificar y mitigar cualquier riesgo potencial asociado con la planificación, implementación y finalización exitosa del evento mencionado anteriormente. Los partidos que están planeando y coordinando este evento se comprometen a asegurar que todos los participantes, patrocinadores, miembros de la comunidad y personal de emergencia puedan participar en el evento de una manera segura y organizada. La información de procedimiento contenida en este documento se cumplirá estrictamente.

Descripción del Evento: _____

Horas de Evento: _____

Localización: _____

Ubicación del Puesto de Mando: _____

Comandante de Incidentes (la persona presente a cargo del evento): _____

de Teléfono del Comandante de Incidentes : _____

Procedimiento de Emergencias Médicas

Todas las emergencias médicas serán reportadas al Puesto de Mando mediante el uso de _____, o por medios verbales. El Comandante de Incidentes llamará directamente a la _____ e informará del incidente/problema. Los Técnico Médico de Emergencia informarán al Puesto de Mando, según corresponda, al entrar en el evento y notificarán al Puesto de Mando al salir del evento. Las Unidades de Emergencia que respondan entrarán al evento desde _____ (Calle). El Comandante de incidente se asegurará de que haya un área abierta para permitir que el personal del servicio de emergencia, los vehículos y el equipo accedan a los terrenos del evento donde se necesite asistencia de emergencia. El hospital más cercano para recibir pacientes es _____.

Emergencias Policiales

Para todas las emergencias policiales, se llamará al 911. La aplicación de la Policía será proporcionada por el Precinto _____.

Procedimiento para niños perdidos: La Policía será notificada.

En el caso de un niño perdido, debe ser llevado al Puesto de Mando. El niño, si es posible, se le pedirá que proporcione información de los padres/tutores. Los anuncios de niños perdidos se harán desde _____, informando a la gente de la situación. El niño permanecerá bajo la supervisión del Puesto de Mando que se asegurará de que el niño esté cómodo y seguro hasta que llegue su padre/tutor. La Policía debe estar presente para verificar la identificación del adulto que dice ser el padre/tutor antes de soltar al niño.

Plan de Comunicación (Enumerar cómo se comunicarán los coordinadores y el Comandante de Incidentes): _____

Números de teléfono importantes: (Nombre, Agencia Provedora y Número de Contacto **)**

Comandante de Incidentes (Presente): _____

Subcomandante (Presente): _____

Coordinador de eventos/Planificador: _____

Servicios Médicos de Emergencia: _____

Jefe/persona de contacto: _____

Departamento de Bomberos: _____

Jefe / persona de contacto: _____

Precinto de Policía o Unidad policial: _____

Comandante del Precinto/ persona de contacto: _____

Seguridad adicional (si alguna): _____

Para su información- Números de teléfono:

- Town Emergency Management (Manejo de Emergencias Municipal) ...224-5730
- Town Dept. of Public Works (Departamento de Obras Públicas Municipal)224-5623
- Town Public Safety (Seguridad Pública Municipal) 224-5306
- Town Clerk's Office (Oficina del Secretario Municipal)224-5490

Agregue cualquier otro contacto de emergencia que considere apropiado: _____



Por favor comuníquese con los siguientes departamentos y pídale que firmen que recibieron una copia de la solicitud y el Plan de Acción de Incidentes y que lo **revisarán**.

Departamento de Policía del Condado de Suffolk (Precinto en cuyo evento está ocurriendo):

Firma del inspector / Subinspector / Capitán

Fecha

Departamento de Bomberos en cuyo evento está ocurriendo:

Firma del Jefe del Departamento

Fecha

Servicios Médicos de Emergencia en cuyo evento está ocurriendo:

Firma del Jefe del Departamento

Fecha

Yo, _____ Juro solemnemente que todo lo anterior es verdadero y correcto, y garantizo incondicionalmente la conducta tranquila, lícita y pacífica del Carnaval, Circo o Espectáculo al Aire Libre para el que se solicita este permiso.

Firma y título

Fecha

TODOS LOS EVENTOS DEBEN SEGUIR EL CÓDIGO MUNICIPAL

Tenga en cuenta: Si se servirán alimentos, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud del Condado de Suffolk al 631-854-0410.



Town of Islip
Afirmación de Cobertura de Seguro

1) Responsabilidad general

Si	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es el portador una Aseguradora Autorizada (Admitida) en el Estado de Nueva York?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La póliza brinda cobertura al asegurado adicional por responsabilidad que surja de las operaciones en curso del asegurado nombrado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La póliza brinda cobertura al asegurado adicional por responsabilidad que surja de las operaciones completadas del asegurado nombrado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se incluye en la póliza una exención de subrogación a favor de todos los asegurados adicionales?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está incluido en la póliza el texto de asegurado adicional primario y no contributivo?

Preguntas Específicas de Construcción (Marque N/A, Si No es Aplicable) N/A

Si	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se aplican los límites de póliza "por proyecto"?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se aplica un límite agregado de póliza que limite el límite agregado "por proyecto"?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está limitado el límite agregado de la póliza?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Existe algún respaldo o enmienda al formulario ISO CGL que modifique la exclusión de empleados de la póliza y/o la definición de contrato asegurado, o de cualquier otra forma excluya la cobertura o transferencia de riesgos con respecto a la Ley Laboral 240/241?

2) Compensación de trabajadores

Si	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se incluye la cobertura de Compensación para Trabajadores para los empleados que trabajan en el Estado de Nueva York?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se incluye en la póliza una exención de subrogación a favor de todos los asegurados adicionales?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La exención de renuncia de subrogación requiere relación contractual, entre el Asegurado Nombrado y terceros?

3) Seguro Amplio / Exceso de Responsabilidad

Si	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El portador es un Asegurador Autorizado (Admitido) en el estado de Nueva York?	Marque N/A, Si No es Aplicable <input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sigue la póliza la forma de la póliza de responsabilidad general?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se incluye la cobertura de seguro adicional?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se incluye en la póliza una exención de subrogación a favor de todos los aseguradores adicionales?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se incluye en la póliza el texto de asegurado adicional primario y no contributivo?	

Preguntas Específicas de Construcción (Marque N/A, Si No es Aplicable) N/A

Si	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se aplican los límites de póliza "por proyecto"?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se aplica un límite agregado de poliza que limite el límite agregado 'por proyecto'?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está limitado el límite agregado de la póliza?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Existe algún respaldo o enmienda al formulario ISO CGL que modifique la exclusión de empleados de la póliza y/o la definición de contrato asegurado, o de cualquier otra forma excluya la cobertura o transferencia de riesgos con respecto a la Ley Laboral 240/241?

Los siguientes elementos deben incluirse para su revisión

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado Válido de seguro actual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulario de Certificación Completado y Firmado (Adjunto en la Página 2)

Town of Islip
Certificación por Corredor o Agente de Seguros

Asegurado:	
Dirección:	
# de Teléfono:	

Titular del Certificado	
Dirección:	

El corredor o agente de seguros abajo firmante declara al Municipio de Islip que el Certificado de Seguro adjunto es exacto en todos los aspectos materiales.

Nombre del Corredor o Agente : _____

Dirección del Corredor o Agente : _____

de Teléfono _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

[Nombre y Título del Funcionario, Corredor o Agente autorizado]

[Firma del Funcionario, Corredor o Agente autorizado]

State of _____)

County of _____)

Sworn to before me this _____ day of _____ 20 _____

NOTARY PUBLIC FOR THE STATE OF _____
(NOTARIO PÚBLICO DEL ESTADO DE)



COUNTY OF SUFFOLK
NEWYORK



POLICE DEPARTMENT

GERALDINE HART
POLICE COMMISSIONER
(COMISIONADO DE LA POLICÍA)

Con el fin de promover y asegurar un evento seguro y exitoso, **se requiere que** los organizadores **proporcionen** suficientes voluntarios a lo largo de las rutas de eventos o personal de seguridad en **los** festivales / carnavales. Los voluntarios o el personal de seguridad deben reflejar **la cantidad** de asistentes esperados. Al enviar solicitudes, tenga en cuenta el número de voluntarios / guardias de seguridad o proporcione el nombre de la empresa de seguridad privada.

Adjunte la adición anterior a la aplicación del evento.

Joseph D. Hauswirth
Captain/Third Precinct
(Capitán/Tercer Precinto)

ACCREDITED LAW ENFORCEMENT AGENCY

Visit us online at: www.suffolkpd.org

Crime Stoppers Confidential Tip Hotline: 1-800-220-TIPS

Non -Emergencies Requiring Police Response - Dial: (631) 852-COPS

30 Yaphank Avenue, Yaphank, New York 11980-(631) 852-6000



LISTA DE REQUISITOS DE EL TERCER PRECINTO PARA EVENTOS EN EL PUEBLO DE ISLIP

SI USTED ESTA AQUI PARA LA FIRMA DE UN DOCUMENTO, POR FAVOR TENGA LAS SIGUIENTES CUATRO (4) PAGINAS DE LA APLICACION COMPLETAS Y LEGIBLES. SIN ESTAS LA APLICACION NO SERA FIRMADA.

- **APLICACIONES PARA DESFILES / CARRERAS / ASSAMBLEAS / CARNAVALES / CIRCOS / SHOWS AL AIRE LIBRE.**
- **PLAN DE ACCION EN CASO DE INCIDENTES.**
- **MAPA COMPLETO DE EL RECORRIDO DE LA CARRERA O AREA DE EL EVENTO.**
- **PAGINA DE LA FIRMA.**

DESAFORTUNADAMENTE, SI FALTA CUALQUIERA DE ESTOS LA APLICACION NO SERA FIRMADA.

GRACIAS POR SU COLABORACION.

NO DISCRIMINACION / IGUALDAD DE OPORTUNIDAD:

Los eventos especiales deben cumplir con todas las leyes y regulaciones locales, estatales y federales pertinentes a la no discriminación e igualdad de oportunidad en las áreas de empleo, subcontratación y utilización de la propiedad del Pueblo y vías públicas. El aplicante para el permiso es el único responsable de asegurarse que el evento cumpla con todas las leyes y regulaciones locales, estatales y federales aplicables pertinentes a la no discriminación e igualdad de oportunidad en las áreas de empleo, subcontratación y utilización de la propiedad del Pueblo y vías públicas.