



**TOWN OF ISLIP**  
Office of the Town Clerk

**Olga H. Murray**  
Town Clerk  
Registrar of Vital Statistics

Costo de Aplicación \$100.00 (No reembolsable)

**SOLICITUD DE DESFILE / CARRERA / ASAMBLEA**

\*\*\* DEBE SER PRESENTADO 45 DÍAS ANTES DEL EVENTO \*\*\*

**\*SI LA ASISTENCIA ES MAS DE 1,000 PERSONAL, LA SOLICITUD DEBE SER ENVIADA 60 DÍAS ANTES DEL EVENTO\***

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico de la organización: \_\_\_\_\_

Nombre exacto de la organización: \_\_\_\_\_

Dirección de la organización: \_\_\_\_\_

Día y fecha del evento: \_\_\_\_\_ Hora de inicio y hora de finalización: \_\_\_\_\_

¿Es este evento un evento nuevo? \_\_\_\_\_ Si no es así, especifique la fecha anterior: \_\_\_\_\_

Lugar del evento: \_\_\_\_\_

Nombre popular si corresponde: \_\_\_\_\_

Área de estadificación: \_\_\_\_\_ Dirección del área de estadificación: \_\_\_\_\_

Hora de inicio y fin de la estadificación: \_\_\_\_\_

Información de contacto del presidente encargado del Desfile / Carrera / Asamblea por el cual se otorga el permiso:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

<i>Calle</i>	<i>Aldea</i>	<i>Código Postal</i>
Nombre y número de teléfono de la persona con la que el público debe comunicarse para participar en el evento:		
Nombre: _____ Número de teléfono: _____		
Número del teléfono portátil de la persona en el evento para contactar el día del evento: _____		
Especifique el propósito del desfile / carrera para el que se solicita el permiso: _____		
Número total de:    Bandas musicales _____    Unidades de marcha _____    carrozas _____    Vehículos _____    Otro _____		
Número total de manifestantes / corredores (aproximadamente): _____		
Lugar de Asamblea y hora(s): _____		

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número del teléfono portátil de la persona en el evento para contactar el día del evento: \_\_\_\_\_

Especifique el propósito del desfile / carrera para el que se solicita el permiso: \_\_\_\_\_

Número total de:    Bandas musicales \_\_\_\_\_    Unidades de marcha \_\_\_\_\_    carrozas \_\_\_\_\_    Vehículos \_\_\_\_\_    Otro \_\_\_\_\_

Número total de manifestantes / corredores (aproximadamente): \_\_\_\_\_

Lugar de Asamblea y hora(s): \_\_\_\_\_

**TODOS LOS SOLICITANTES SON RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LOS RESIDENTES Y MOTORISTAS LOCALES DE CUALQUIER CIERRE DE CARRETERAS. DICHO AVISO DEBE INCLUIR RUTAS ALTERNATIVAS PARA VEHÍCULOS DE EMERGENCIA.**

Indique la ruta exacta del desfile / Carrera: debe indicar las ubicaciones de inicio y finalización. Incluya calles y aldeas (especifique norte/sur/ este u oeste) – **ADJUNTE UN MAPA DE LA RUTA DE GOOGLE (Vista de Calle). LA RUTA DEL DESFILE / CARRERA (MARQUE LAS ENTRADAS Y SALIDAS DE EMERGENCIA).**

¿Se mostrará la bandera estadounidense durante el transcurso del desfile?\_ \*ser no menos de treinta y seis por sesenta pulgadas (36"X60")

Especifique si se harán discursos durante el transcurso del desfile: \_\_\_\_\_ Por quién: \_\_\_\_\_

Especifique si se han hecho arreglos para la vigilancia / seguridad privada (Si  No  ¿Se requiere asistencia del Departamento de Policía del condado de Suffolk?) \_

Especifique si se necesita el Departamento de Policía del Condado de Suffolk para **cierres** de carreteras:                      Si                      No

Especifique si se necesitaran barricadas: SI  NO  Si es así, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

¿Se servirá alcohol en este evento? \_\_\_\_\_



**TOWN OF ISLIP**  
Office of the Town Clerk

**Olga H. Murray**  
Town Clerk  
Registrar of Vital Statistics

Por favor comuníquese con los siguientes departamentos y pídales que firmen que recibieron un acopia 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 Director de Preparación de EMS y Salud Publica

\_\_\_\_\_

Fecha

---

Yo, \_\_\_\_\_, afirmo solemnemente que todo lo anterior es verdadero y correcto, y garantizo incondicionalmente la conducta tranquila, legal y pacífica de la asamblea de Desfile / Carrera para la que se solicita este permiso.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha



**TOWN OF ISLIP**  
655 Main Street  
Islip NY 11751

**Olga H. Murray**  
Town Clerk & Registrar  
of Vital Statistics

1. **INSPECCIONES**

- El evento estará sujeto a inspecciones para asegurar la entrada y salida de vehículos de emergencia.

2. **ASISTENCIA ANTICIPADA DE 2,0000 O MÁS**

- El evento estará sujeto a inspecciones para garantizar el cumplimiento de las ordenanzas de Islip Town y el capítulo 24 del código de incendios del estado de Nueva York con respecto al control de multitudes.
- El evento requerirá un Plan de Acción de Incidentes específico según lo definido por el Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Suffolk. Este proceso será iniciado por la oficina del Jefe de Bomberos de la Ciudad de Islip después de que la solicitud sea sometida a la Oficina de la Secretaria Municipal de Islip.

3. **ASISTENCIA ANTICIPADA DE 5,0000 O MÁS**

- El solicitante debe proporcionar un permiso de la Parte 18 del Código Sanitario del Estado de Nueva York emitido por el Departamento de Servicios de Salud del Condado de Suffolk.

4. **SI SE UTILIZARÁ UNA CARPA O UN PABELLÓN**

- Póngase en contacto con el jefe de bomberos de la ciudad de Islip.

5. **CERTIFICADO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD**

- Debe ser emitido por una compañía de seguros con licencia para operar dentro del estado de Nueva York.
- Islip Town debe ser nombrado como asegurado adicional y como titular del certificado.
- **Mínimos de cobertura**
  - \$1,000,000.00 por cada persona por lesiones corporales
  - \$2,000,000.00 por cada accidente por lesiones corporales
  - \$1,000,000.00 por cada accidente por daños a la propiedad
- Después de la revisión de Town of Islip de la solicitud de Evento Especial, **PUEDA SER REQUERIDO UN SEGURO ADICIONAL**
- Toda la cobertura de seguro está sujeta a aprobación.

**TODOS LOS EVENTOS DEBEN SEGUIR EL CODIGO DE LA CUIDAD**

**TENGA EN CUENTA:** Si se servirán alimentos, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud del Condado de Suffolk al 631-854-0410

**\*\*\* [Organizador de Carreras] Debe seguir todas las normas y regulaciones necesarias de acuerdo a las leyes del estado, localidades y todas las demás normas pertinentes y necesarias. Para reuniones sociales grandes al aire libre, deportes y actividades recreativas. Todas las demás normas pertinentes y necesarias a las carreras el día del evento.**

**Es la responsabilidad de la persona u organizadores responsables del evento, de asegurarse que se cumplan todas las leyes y regulaciones de COVID-19. \*\*\***



**TOWN OF ISLIP**  
**OFFICE OF EMERGENCY MANAGEMENT**

**Incident Action Plan**

**Title of Event:** \_\_\_\_\_ **Date of Event:** \_\_\_\_\_

The purpose of this Incident Action Plan (IAP) is to identify and mitigate any potential risks associated with the planning, implementation and successful completion of the above referenced event. The parties that are planning and coordinating this event are committed to ensuring that all participants, sponsors, community members and emergency personnel are able to partake in the event in a safe and organized manner. The procedural information contained herein will be strictly adhered to.

**Event Description:** \_\_\_\_\_

**Hours of Event:** \_\_\_\_\_

**Location:** \_\_\_\_\_

**Command Post Location:** \_\_\_\_\_

**Incident Commander (on scene person in charge of event):** \_\_\_\_\_

**Incident Commander's Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Medical Emergencies Procedure**

All medical emergencies will be reported to the Command Post by use of \_\_\_\_\_, or by verbal means. The Incident Commander will call directly to the \_\_\_\_\_ and report the incident/ problem. The EMT(s) will report to the Command Post, as appropriate, when entering the event and notify the Command Post when leaving the event. Responding emergency units will enter the event from \_\_\_\_\_ (street). The Incident Commander will make sure an area is open to allow EMS personnel, vehicles and equipment access to the event grounds wherever emergency assistance is needed. The nearest hospital for receiving patients is \_\_\_\_\_.

**Police Emergencies**

**For all police emergencies, 911 will be called. Police enforcement will be provided by the \_\_\_\_\_ Precinct.**

**Lost Child Procedure:** Police will be notified.

In the event of a lost child, he/she should be taken to the Command Post. The child, if able, will be asked to provide parent/ guardian information. Lost child announcements will be made from \_\_\_\_\_, informing the crowd of the situation. The child will remain under the supervision of the Command Post who will ensure the child is comfortable and safe until his/her parent/guardian arrives. Police should be present to check identification of adult claiming to be the parent/guardian before release.

**Communication Plan (List how Incident Commander & coordinators will communicate):** \_\_\_\_\_

**Important Phone Numbers: (\*\*Fill In Name, Providing Agency & Contact Number\*\*)**

**Incident Commander (On scene):** \_\_\_\_\_

**Deputy Commander (On scene):** \_\_\_\_\_

**Event Coordinator/Planner:** \_\_\_\_\_

**Emergency Medical Services:** \_\_\_\_\_

Chief/contact person: \_\_\_\_\_

**Fire Department:** \_\_\_\_\_

Chief/contact person: \_\_\_\_\_

**Police Precinct or Cope Unit:** \_\_\_\_\_

Precinct Commanding Officer/contact person: \_\_\_\_\_

**Additional Security (if any):** \_\_\_\_\_

**FYI Phone Numbers:**

Town Emergency Management ..... 224-5730      Town Dept. of Public Works ..... 224-5623  
Town Public Safety ..... 224-5306      Town Clerk's Office ..... 224-5490

**Add any other emergency contacts that you deem appropriate:** \_\_\_\_\_



# Town of Islip Affirmation of Insurance Coverage

## 1) General Liability

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is the carrier an Authorized Insurer (Admitted) in the State of New York
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does the policy provide coverage to the additional insured for liability arising out of the ongoing operations of the named insured?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does the policy provide coverage to the additional insured for liability arising out of the completed operations of the named insured?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is a Waiver of Subrogation endorsement in favor of all Additional Insureds included in the policy?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is Primary and Non-Contributory Additional Insured wording included in the policy?

Construction Specific Questions (Check N/A/ If Not Applicable)  N/A

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do the policy limits apply on a "per project" basis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does a policy aggregate limit apply which limits the "per project" aggregate limit?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is the policy aggregate limit capped?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is there any endorsement or amendment to the ISO CGL form that modifies the policy's employee exclusion and/or the definition of insured contract, or in any other manner excludes coverage or risk transfer with respect to Labor Law 240/241?

## 2) Workers Compensation

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is Workers' Compensation coverage included for employees working in the State of New York?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is a Waiver of Subrogation endorsement in favor of all Additional Insureds included in the policy?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does the Waiver of Subrogation endorsement require privity of contract between the Named Insured and third parties?

## 3) Umbrella / Excess Liability

YES	NO		If Not Applicable Check N/A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is the carrier an Authorized Insurer (Admitted) in the State of New York?	<input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does the policy follow form of the General Liability policy?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is Additional Insured coverage included?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is a Waiver of Subrogation endorsement in favor of all Additional Insureds included in the policy?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is Primary and Non-Contributory Additional Insured wording included in the policy?	

Construction Specific Questions (Check N/A/ If Not Applicable)  N/A

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do the policy limits apply on a "per project" basis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does a policy aggregate limit apply which limits the "per project" aggregate limit?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is the policy aggregate limit capped?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is there any endorsement or amendment to the ISO CGL form that modifies the policy's employee exclusion and/or the definition of insured contract, or in any other manner excludes coverage or risk transfer with respect to Labor Law 240/241?

## The Following Items Must Be Included For Review

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current Valid Certificate of Insurance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completed and Signed Certification Form (Attached on Page 2)

Town of Islip  
Certification By Insurance Broker or Agent

Insured:	
Address:	
Phone #:	

Certificate Holder:	
Address:	

The undersigned insurance broker or agent represents to the Town of Islip that the attached Certificate of Insurance is accurate in all material respects

Name of Broker or Agent: \_\_\_\_\_

Address of Broker or Agent: \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Name and Title of authorized official, broker, agent]

\_\_\_\_\_  
[Signature of authorized official, broker, agent]

State of \_\_\_\_\_ )

County of \_\_\_\_\_ )

Sworn to before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOTARY PUBLIC FOR THE STATE OF \_\_\_\_\_



**COUNTY OF SUFFOLK  
NEW YORK**



**POLICE DEPARTMENT**

**GERALDINE HART**  
POLICE COMMISSIONER

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.uffolkpd.org](http://www.uffolkpd.org)  
Crime Stoppers Confidential Tip Hotline: **1-800-220.TIPS**  
Non -Emer gencies Requiring Police Response - Dial: **(631) 852-COPS**  
**30 Yaphank Avenue, Yaphank, New York 11980-(631) 852-6000**

