



**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 pídales 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 <b>portador</b> una Aseguradora Autorizada (Admitida) en el Estado de Nueva York?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La <b>póliza brinda cobertura</b> 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 <b>póliza</b> "por proyecto"?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se aplica un límite agregado de <b>póliza</b> 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 <b>forma</b> 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 <b>para</b> Trabajadores para <b>los</b> 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 <b>exención de renuncia de subrogación</b> 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 <b>póliza</b> "por proyecto"?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se aplica un límite agregado de <b>poliza</b> 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 <b>forma</b> 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](http://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

