



CIUDAD DE BATTLE CREEK  
10 N. Division St., Ste. 117, Battle Creek, MI 49014  
Zonificación 269-966-3320 • Fax: 269-966-3654

**VALLA, CUBIERTA Y EDIFICIO ACCESORIO - SOLICITUD DE PERMISO DE ZONIFICACIÓN**

*Para vallas de 7' o menos de altura; Y*

*para edificios accesorios residenciales/plataformas independientes de 200 pies cuadrados o menos; edificios accesorios no residenciales de 120 pies cuadrados o menos*

**POR FAVOR, ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA:** Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Número de identificación de la propiedad: \_\_\_\_\_

I. **UBICACIÓN DEL EDIFICIO:** Dirección: \_\_\_\_\_

II. **USO PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_ Residencial \_\_\_\_\_ Oficina, comercial o industrial

III. **TIPO DE MEJORA:** \_\_\_\_\_ Edificio accesorio nuevo \_\_\_\_\_ Adición a un edificio accesorio \_\_\_\_\_ Valla \_\_\_\_\_ Cubierta

A. **INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO**

**EDIFICIO ACCESORIO/CUBIERTA:**

Dimensiones: \_\_\_\_\_

Uso del edificio: \_\_\_\_\_

Altura del edificio\*: \_\_\_\_\_

Inclinación del techo: \_\_\_\_\_ 3/12 \_\_\_\_\_ 4/12 \_\_\_\_\_  
5/12 \_\_\_\_\_ Otros (por favor, indíquelo)

Coste de las mejoras: \_\_\_\_\_

\*Altura medida entre el pico y el alero.

**VALLA:**

Tipo de valla \*\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Valla de privacidad = más del 50% de opacidad

\_\_\_\_\_ Valla no privada = menos del 50% de opacidad  
(es decir, hierro forjado, eslabones de cadena, piquetes, etc.)

Material de construcción: \_\_\_\_\_

Altura de la valla \*\*: \_\_\_\_\_

Ubicación de la valla: Delantero \_\_\_\_\_ Lateral \_\_\_\_\_ Trasero \_\_\_\_\_

Coste de las mejoras: \_\_\_\_\_

**\*\*No se permiten las vallas de privacidad en los patios delanteros.** Si se proponen varias alturas, incluya información específica en el plano del sitio en el reverso de esta página.

B. **INFORMACIÓN DE LOS CONSTRUCTORES CON LICENCIA:** Contratista general: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

No. Telefónico: ( ) \_\_\_\_\_ Fax#: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Licencia #: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Seguro de incapacidad laboral: Compañía: \_\_\_\_\_

IRS Número de empleador: \_\_\_\_\_ Número de empleador del MESC: \_\_\_\_\_

C. **INFORMACIÓN SOBRE EL PROPIETARIO O EL ARRENDATARIO:** Solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

No. Telefónico: ( ) \_\_\_\_\_ Fax#: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**LA SEGUNDA PÁGINA DEBE ESTAR COMPLETA PARA QUE LAS SOLICITUDES SEAN REVISADAS.**

