

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

de entidad/archivo (solo de uso oficial)

Para organizar las adaptaciones solicitadas, todas las solicitudes y la documentación de respaldo deben ser enviadas a la Junta de Barbería y Cosmetología (Junta) lo antes posible para evitar cualquier retraso en la programación de la fecha del examen.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Número de Seguro Social o de Identificación Individual del Contribuyente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Fecha de nacimiento (Debe tener al menos 17 años) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes Día Año		
Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Dirección		Ciudad		Estado	
Teléfono (al cual podemos contactarle durante el día) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Correo electrónico			

SECCIÓN B: REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES DE ADAPTACIONES ESPECIALES

De acuerdo con la sección 931(i) del Código de Regulaciones de California, las personas con discapacidades tienen derecho a acceder a las actividades de evaluación de una manera que sea igual a la ofrecida a las personas sin discapacidades, y se harán adaptaciones razonables para aquellas personas con documentación médica certificada. Si su solicitud implica la modificación de los procedimientos de evaluación, el personal del examen deberá hablar con usted sobre los arreglos específicos y por ello es importante que el número de teléfono indicado arriba sea donde se le pueda localizar durante el día. Si su solicitud **no** implica la modificación de los procedimientos de evaluación y se limita al acceso/espacio para sillas de ruedas, asientos especiales o necesidad de equipos, no es necesario obtener una verificación de un profesional.

Se requiere la siguiente información del profesional con licencia que hizo el diagnóstico. La verificación debe ser presentada a la Junta con el membrete del profesional con licencia e incluir lo siguiente:

- Nombre, título y teléfono del profesional con licencia que hizo el diagnóstico.
- Descripción de la discapacidad y las limitaciones relativas a los exámenes.
- Adaptación/modificación recomendada.
- Firma original del profesional con licencia que hizo el diagnóstico.
- Número de licencia profesional o certificación de la autoridad médica o del profesional con licencia que hizo el diagnóstico.

SECCIÓN C: ADAPTACIÓN SOLICITADA

Marque cualquier adaptación especial que requiera (las solicitudes deben coincidir con la certificación de la autoridad médica o del profesional con licencia que hizo el diagnóstico y la documentación de respaldo). La Junta proporcionará un lector o un intérprete de ASL.

- Lector
- Intérprete de Lenguaje de Señas Americano (ASL)
- Salón privado

Tiempo adicional 1 hora adicional 1/2 hora adicional

Acceso/Espacio para sillas de ruedas, asientos o equipos especiales - Por favor, especifique: _____

Describa la naturaleza de su discapacidad:

SECCIÓN D: VERIFICACIÓN MÉDICA

- A. Indique cuál es su diagnóstico de la discapacidad del solicitante. Adjunte cualquier documentación que ayude a verificar que esta adaptación es necesaria. La documentación debe incluir la verificación de las evaluaciones para identificar el trastorno del aprendizaje específico.
- B. ¿La adaptación solicitada es una ayuda apropiada para esta discapacidad que probablemente aumentaría la capacidad del candidato para demostrar con exactitud sus conocimientos y habilidades en este examen? SÍ NO

Si NO, especifique la adaptación recomendada: _____

Firma del profesional _____

Fecha _____

Nombre del profesional (letra de molde o impreso) _____

Teléfono _____

SECCIÓN E: VERIFICACIÓN

SOLICITANTES QUE REQUIERAN UNA NUEVA VERIFICACIÓN (sin solicitudes previas):

Contacte a la autoridad médica o al profesional autorizado que hizo el diagnóstico. Haga que completen la sección de VERIFICACIÓN MÉDICA de este formulario y proporcionen la información solicitada arriba.

¿Ha sido usted aprobado previamente por la Junta para una adaptación razonable? SÍ NO

Si es así, proporcione su número de archivo anterior (si lo conoce): _____ y la fecha del examen anterior (si la conoce) _____.

SECCIÓN F: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

*Certifico que he leído y comprendido la información, **Comprendiendo los Derechos y Responsabilidades de los Trabajadores**, que se encuentra en www.barbercosmo.ca.gov. Certifico que he leído y comprendido las leyes y regulaciones relacionadas con esta profesión en California. Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que todas las declaraciones proporcionadas en relación con esta solicitud son verdaderas y exactas.*

Firma del solicitante _____

Fecha _____

En cumplimiento con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), Ley Pública 101-336, la Junta de Barbería y Cosmetología (Junta) ofrece una "Adaptación Razonable" para los solicitantes con discapacidades que puedan ver afectada su capacidad para presentar el examen requerido. Es responsabilidad del solicitante notificar a la Junta si necesita una adaptación razonable. La Junta no está obligada por la ADA a proporcionar adaptaciones si no se le informa de sus necesidades. La información solicitada a continuación y cualquier documentación relacionada con su discapacidad se considerarán estrictamente confidenciales y no se compartirán con ninguna fuente externa sin su permiso expreso por escrito.

RECOPIACIÓN, ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La Ley de Prácticas de Información, Sección 1798.17 del Código Civil, exige que se facilite la siguiente información cuando se recopile información de particulares.

NOMBRE DE LA AGENCIA:

Junta de Barbería y Cosmetología

TÍTULO DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Director Ejecutivo

DIRECCIÓN:

1625 North Market Blvd Ste 202, Sacramento, CA 95834

PÁGINA WEB:

www.barbercosmo.ca.gov

TELÉFONO

(916) 574-7570

AUTORIDAD QUE AUTORIZA QUE LA INFORMACIÓN SE CONSERVE:

Artículos 7300 a 7457, inclusive, que comprenden el Capítulo 10 División 3, del Código de Negocios y Profesiones de California.

CONSECUENCIAS DE NO FACILITAR TODA O PARTE DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

Es obligatorio que provea toda la información solicitada. La omisión de cualquiera de los datos solicitados dará lugar al rechazo de la solicitud por considerarla incompleta.

OBJETIVO PRINCIPAL PARA EL CUAL SE UTILIZARÁ LA INFORMACIÓN:

La información solicitada se utilizará para determinar las cualificaciones para la obtención de la licencia o la certificación a fin de determinar el cumplimiento de las disposiciones de la ley relativas a la práctica en grupo y corporativa y para establecer una identificación positiva.

CUALQUIER DIVULGACIÓN CONOCIDA O PREVISIBLE QUE PUEDA HACERSE DE LA INFORMACIÓN:

Su solicitud completada pasa a ser propiedad de la Junta y será utilizada por el personal autorizado para determinar su elegibilidad para una licencia o certificación. La información sobre su solicitud puede transferirse a otras agencias gubernamentales o policiales. De conformidad con la Ley de Registros Públicos de California (Código de Gobierno, Sección 6250 y siguientes) y la Ley de Prácticas de Información (Código Civil, Sección 1798.61), el departamento puede divulgar los nombres y las direcciones de las personas que dispongan de una licencia o registro, a menos que la ley establezca específicamente que están exentos de divulgación. **Por consiguiente, los datos personales de nombre y dirección introducidos en el formulario(s) adjunto(s) pueden convertirse en información pública sujeta a divulgación.**

DIVULGACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SSN) O DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL DEL CONTRIBUYENTE (ITIN)

La divulgación de su SSN o ITIN es obligatoria. La sección 30 del Código de Comercio y Profesiones y la Ley Pública 94-455 [42 U.S.C.A. Sección 405(c)(2)(C)] autoriza la recopilación de su SSN o ITIN. Su SSN o ITIN se utilizará exclusivamente para fines de aplicación de impuestos, para fines de cumplimiento de cualquier sentencia u orden de manutención familiar de conformidad con la sección 17520 del Código de Familia o para la verificación de la licencia o el examen y cuando la licencia sea recíproca con el estado solicitante. Si no revela su SSN o ITIN, será denunciado ante la Junta de Impuestos de Franquicia (Franchise Tax Board), que puede imponerle una sanción de \$100.

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

A partir del 1 de julio del 2012, la Junta Estatal de Igualación y la Junta de Impuestos de Franquicia pueden compartir información del contribuyente con la Junta. Usted está comprometido a pagar su obligación tributaria estatal y su licencia puede quedar suspendida si esta no se paga.