

(1002) COSMETÓLOGO SOLICITUD PRELIMINAR PARA EXAMEN Y TARIFA INICIAL DE LICENCIA * \$134.00 (no reembolsable)

Los estudiantes con horas de formación de otros estados o países y los estudiantes que transfieran horas de un curso de formación a otro no son elegibles para enviar una solicitud preliminar.

Solo para el uso de caja: 1010	Nro. de entidad	Nro. de recibo	Monto \$
---------------------------------------	-----------------	----------------	----------

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Adjunte una copia de su identificación fotográfica emitida por el gobierno. NOTA: Para poder acceder al examen, el nombre que figura en la identificación debe coincidir con el nombre que indique en la solicitud.

Nro. de seguro social o Nro. 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 ser mayor de 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"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Mes Día Año </div>
---	---

Apellido (en letra clara)	Nombre	Segundo nombre
--	--------	----------------

Nota: Verifique su dirección y notifique a la Junta de Peluquería y Cosmetología (Junta) inmediatamente por correo electrónico al barbercosmo@dca.ca.gov si cambia su dirección. El correo del gobierno no se remite.

Dirección (Esta es la dirección a la que se enviará la carta con el programa)	Nro. de departamento (si corresponde)
---	---

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Nro. de teléfono <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: INFORMACIÓN DE LA ESCUELA/GRADUACIÓN

Nombre de la escuela	Código de la escuela <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	--

*Fecha en la que terminó la formación en esta escuela <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Mes Día Año </div>	Fecha en que completó el 75% de las horas requeridas <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Mes Día Año </div>
---	--

**Fecha prevista de graduación <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Mes Día Año </div>	Solo para uso de BBC	Cant. de horas completadas a la fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	----------------------	--

*Si se completaron las horas en cualquier otra escuela, sírvase adjuntar el/los Documento(s) de constancia de formación (POT, en inglés) de la(s) escuela(s) previa(s).
** Favor de asegurarse de que la fecha anticipada de graduación se pueda lograr porque los alumnos tienen que terminar sus horas requeridas antes de realizar el examen.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL EXAMEN

Lugar del examen <input type="checkbox"/> Norte (Fairfield) <input type="checkbox"/> Sur (Glendale)	Preferencia de idioma del examen <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano Los exámenes se traducen a la versión más universal o neutral de cada idioma para que sea aceptable para la audiencia más amplia posible.
--	---

Intérprete: Si usted no habla o no puede leer uno de los idiomas indicados arriba, adjunte un Formulario G y H de Intérprete o Intérprete/Modelo completo con esta solicitud.	Adaptaciones razonables: Si requiere una adaptación razonable para tomar el examen, adjunte un formulario de Solicitud de adaptación razonable con esta solicitud.
--	---

NOTA: Una vez que se le haya otorgado una fecha para realizar la parte práctica del examen, la fecha del examen práctico no se puede modificar. Si no puede realizar el examen práctico en la fecha programada, debe presentar una Solicitud para volver a realizar el examen y abonar la tarifa requerida. Si no puede tomar el examen en una fecha próxima, la Junta le asignará una fecha luego de la misma.

Por favor, asignarme una fecha luego del: _____

SECCIÓN D: ANTECEDENTES

1. ¿Alguna vez ha sido condenado por, o no ha disputado, una infracción de cualquier ley de los Estados Unidos, en cualquier estado, jurisdicción local o en cualquier otro país? No Sí **Si respondió sí**, complete el formulario de Declaración de divulgación sobre apelaciones/condenas y adjúntelo a esta solicitud. Si es necesario, la Junta le enviará una carta para solicitarle información adicional.
2. ¿Alguna vez se le ha rechazado, suspendido o cancelado una licencia profesional o vocacional o una solicitud, o la junta u otra autoridad gubernamental de este estado, otro estado u otro país le ha puesto en periodo de prueba o tomado alguna otra medida disciplinaria en su contra? No Sí **Si respondió sí**, complete el formulario de Declaración de divulgación sobre medidas disciplinarias y adjúntelo a esta solicitud. Si es necesario, la Junta le enviará una carta para solicitarle información adicional.
3. ¿Tiene alguna licencia de la Junta de Peluquería y Cosmetología de California? No Sí **Si respondió sí**, Número(s) de licencia _____. Si el nombre que figura en su(s) otra(s) licencia(s) no coincide con el nombre que indicó en esta solicitud, envíe un formulario de Notificación de cambio de nombre con la documentación requerida junto a esta solicitud.
4. ¿Alguna vez ha sido miembro de las fuerzas armadas, o lo es actualmente? No Sí
5. ¿Ha completado el 10mo grado en una escuela pública o su equivalente? No Sí **Si respondió no, no puede continuar.**
6. (Opcional) ¿Cuál es su preferencia de idioma oral y escrito? _____

SECCIÓN E: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/ESCUELA

Certifico que he leído y entiendo la información, [Conozca sus derechos como trabajador](#), proporcionada por la Junta de Peluquería y Cosmetología de California. Certifico que he leído y entiendo las leyes y regulaciones relacionadas con esta profesión en California. Certifico bajo la pena de falso testimonio en virtud de las leyes del Estado de California que todas las declaraciones proporcionadas en relación con esta solicitud son verdaderas y precisas.

Firma del estudiante	Fecha
Firma del representante autorizado de la escuela	Fecha
Nombre en letra de molde del representante autorizado de la escuela	Cargo
Dirección de correo electrónico del representante de la escuela	Nro. de teléfono

He leído y entiendo lo siguiente:

Pre-solicitantes no pueden realizar el examen antes de que hayan terminado todas las horas requeridas para un examen. Favor de asegurarse de que todos los pre-solicitantes lleven sus comprobantes de estudios (“POT” en inglés) dentro de un sobre sellado al sitio del examen. Pre-solicitantes no se admitirán al examen sin tener este comprobante de estudios en la mano. Se recomienda a las escuelas enviar un correo electrónico a la Junta inmediatamente a barbercosmo@dca.ca.gov si un estudiante no llegará a completar las horas requeridas a tiempo para tomar el examen en la fecha prevista e incluya la nueva fecha prevista en la que las completará. Si se notifica a la Junta **antes** de que se haya otorgado una fecha para que el estudiante tome el examen (6 semanas antes de su fecha de examen), la Junta cambiará la fecha prevista. Si se notifica a la Junta **después** de que se haya otorgado una fecha para que el solicitante tome el examen, el solicitante deberá presentar una Solicitud para volver a realizar el examen y abonar las tarifas requeridas luego de haber completado las horas requeridas.

Iniciales del representante de la escuela _____

Iniciales del solicitante _____

Información importante

- Compruebe su dirección (notifique a la Junta inmediatamente por correo electrónico* si su dirección cambia en cualquier momento).
- Compruebe el lugar e idioma del examen (notifique a la Junta inmediatamente por correo electrónico* si no son los correctos).
- Incluya una copia de su identificación fotográfica válida emitida por el gobierno (el nombre que figura en la identificación debe ser el mismo que el que figura en la solicitud).
- Pague con un cheque (ayudará a hacer un seguimiento del estado de su solicitud).
- Si tiene alguna pregunta sobre el estado de su solicitud, primero verifique que su cheque haya sido cobrado. Su escuela debería recibir el formulario de notificación de la Junta con su fecha prevista dentro de 4 semanas desde el cobro de su cheque.
- Si no recibe su carta de admisión dentro de 3 semanas de su fecha prevista, envíe un correo electrónico* a la Junta.
- Si requiere un intérprete o intérprete/modelo, complete y adjunte los formularios G y H para utilizar un intérprete o intérprete/modelo.
- Si necesita una adaptación razonable, complete y adjunte un formulario para solicitar una adaptación razonable.
- **Todos los formularios y solicitudes a los que se hace referencia en esta solicitud pueden encontrarse en el sitio web de la Junta en www.barbercosmo.ca.gov en la sección “Forms/Pubs”.**

*Envíe un correo electrónico a la Junta a barbercosmo@dca.ca.gov si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o el estado de su solicitud.

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN Y DEVOLUCIÓN DE SOLICITUD PRELIMINAR

DOCUMENTO(S) DE CONSTANCIA DE FORMACIÓN (POT)

Asegúrese de que su escuela le entregue su(s) Documento(s) de constancia de formación luego de completar la cantidad de horas requeridas. Si necesita volver a enviar la solicitud, adjunte una copia de sus POT a su Solicitud para volver a realizar el examen para evitar demoras.

SOBRE PREFRANQUEADO #10

INCLUYA UN SOBRE PREFRANQUEADO #10 DIRIGIDO A LA ESCUELA CON ESTA SOLICITUD. LA JUNTA LE DEVOLVERÁ ESTA PÁGINA CON LA FECHA PREVISTA.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Número de seguro social <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 ser mayor de 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	Nombre	Segundo nombre
Dirección	Ciudad	Código postal

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

Nombre de la escuela	Código de la escuela <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nro. de teléfono de la escuela
Dirección	Ciudad	Cód. postal
Persona de contacto de la escuela para esta solicitud	Correo electrónico y nro. de teléfono de la persona de contacto	

Los solicitantes preliminares no pueden realizar el examen antes de haber completado la cantidad de horas requeridas para el examen y haber recibido un POT. Envíe un correo electrónico a la Junta inmediatamente a barbercosmo@dca.ca.gov si un estudiante no llegará a completar las horas requeridas a tiempo para tomar el examen en la fecha prevista e incluya la nueva fecha prevista en la que las completará. Si se notifica a la Junta **antes** de que se haya otorgado una fecha para que el estudiante tome el examen (6 semanas antes de su fecha de examen), la Junta cambiará la fecha prevista. Si se notifica a la Junta **después** de que se haya otorgado una fecha para que el solicitante tome el examen, el solicitante deberá presentar una Solicitud para volver a realizar el examen y abonar las tarifas requeridas luego de haber completado las horas requeridas.

SOLO PARA USO OFICIAL DE BBC (NO COMPLETE ESTA SECCIÓN)

Lugar del examen <input type="checkbox"/> Norte (Fairfield) <input type="checkbox"/> Sur (Glendale)	Fecha prevista del examen <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
---	---

Información importante

- Tenga en cuenta que esta fecha es una **fecha prevista** y está sujeta a cambio.
- Si usted **no** recibe una carta con el programa dentro de 3 semanas de la fecha prevista, envíe un correo electrónico* a la Junta que contenga su nombre, número de seguro social y fecha prevista del examen y coloque la fecha prevista del examen en el asunto del correo electrónico.
- Si recibe la carta con el programa y se le asignó una ubicación errónea, envíe un correo electrónico* a la Junta inmediatamente.
- Si su carta con el programa vino en el idioma incorrecto, llame a PSI al 1-877-392-6422 por lo menos 3 días antes de la fecha de su examen para cambiar el idioma del examen.
- Una vez que la Junta le haya otorgado una fecha para realizar la parte práctica del examen, la fecha del examen práctico no se puede modificar. Si no puede realizar el examen práctico en la fecha programada, debe presentar una Solicitud para volver a realizar el examen y abonar la tarifa requerida. Usted puede cambiar la fecha del examen escrito siempre que llame a PSI al 1-877-392-6422 al menos 3 días antes de la fecha programada del examen escrito.

*Envíe un correo electrónico a la Junta a barbercosmo@dca.ca.gov si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o el estado de su solicitud.

RECOLECCIÓN, ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La Ley de prácticas de información, Sección 1798.17 del Código Civil, exige que se proporcione la siguiente información cuando se recoge información de personas.

NOMBRE DE LA AGENCIA

Junta de Peluquería y Cosmetología

POSICIÓN DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Funcionario ejecutivo

DIRECCIÓN

2420 Del Paso Road, Suite 100, Sacramento, CA 95834

SITIO WEB

www.barbercosmo.ca.gov

NÚMEROS DE TELÉFONO Y FAX

(916) 574-7570 teléfono (916) 575-7281 fax

LEGISLACIÓN QUE AUTORIZA EL MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Secciones 7300 a 7457, inclusive, que abarcan el Capítulo 10 División 3, del Código de empresas y profesiones de California.

CONSECUENCIAS DE NO PROPORCIONAR TODA O PARTE DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA

Es obligatorio que presente toda la información solicitada. Si omite cualquier parte de la información solicitada, se rechazará la solicitud por estar incompleta.

OBJETIVO(S) PRINCIPALES PARA LOS QUE SE UTILIZARÁ LA INFORMACIÓN

La información solicitada se utilizará para determinar las cualificaciones para la licencia o certificación para determinar el cumplimiento de las disposiciones sobre prácticas grupales o corporativas de la ley y para establecer una identificación positiva.

CUALQUIER DIVULGACIÓN CONOCIDA O PREVISIBLE QUE SE PODRÍA REALIZAR DE LA INFORMACIÓN

Su solicitud completa se convierte en propiedad de la Junta y el personal autorizado la utilizará para determinar su elegibilidad para recibir una licencia o certificación. Se podrá transferir información sobre su solicitud a otras agencias gubernamentales u organismos de seguridad. De conformidad con la Ley de registros públicos de California (Sección 6250 del Código Gubernamental y siguientes) y la Ley de prácticas de información (Sección 1798.61 del Código Civil), los nombres y direcciones de las personas que posean una licencia o inscripción podrán ser divulgados por el departamento salvo que la ley lo prohíba específicamente. **Por consiguiente, la información sobre el nombre personal y la dirección que se ingresó en el/los formulario(s) adjuntos podrá convertirse en información pública sujeta a divulgación.**

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

La divulgación de sus números SSN y ITIN es obligatoria. La Sección 30 del Código de empresas y profesiones y Ley pública 94-455 [42 U.S.C.A. Sección 405(c)(2)(C)] autoriza la recolección de su SSN o ITIN. Su SSN o ITIN se utilizarán exclusivamente con el fin de hacer cumplir las leyes tributarias, con el fin de hacer cumplir cualquier sentencia u orden de apoyo familiar de conformidad con la sección 17520 del Código de familia, o para verificar la licenciatura o examen y la reciprocidad de la licenciatura con el estado solicitante. Si no revela su SSN o ITIN, se le denunciará ante la Dirección General de Impuestos, que podría aplicarle una multa de \$100.

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

A partir del 1 de julio de 2012, la Junta de Igualación del estado y la Dirección General de Impuestos puede compartir información del contribuyente con la Junta. Usted tiene la obligación de pagar sus obligaciones estatales y se podrá suspender su licencia si no se pagan sus obligaciones tributarias estatales.