



(1015-1004) SOLICITUD
DE EXAMEN
DE ESTETICISTA Y
TARIFA DE LICENCIA INICIAL
Tarifa de \$115.00
(no reembolsable)

Programa de licencias
P.O. Box 944226
Sacramento, CA 94244-2260
Teléfono: (800) 952-5210
Correo electrónico:
barbercosmo@dca.ca.gov
www.barbercosmo.ca.gov

Nota: Si ha obtenido la licencia en otro estado, puede ser elegible para la reciprocidad. Para más información, consulte la [Solicitud de Reciprocidad](#).

| | | | | |
|--|----------------|-----------------------|---|---|
| Uso exclusivo (1015-1004) del cajero: | N.º de entidad | N.º de recibo | Cantidad \$ | |
| Soy elegible para el proceso de solicitud acelerado en base a uno de los siguientes criterios: Deberá presentar pruebas satisfactorias junto con su solicitud. Consulte la sección B para obtener más información. <input type="checkbox"/> Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de la Guardia Nacional dado de baja con honores <input type="checkbox"/> Admitido en Estados Unidos como refugiado, con asilo o con un visado especial de inmigrante | | | | Estado acelerado <input type="checkbox"/> |
| Soy elegible para el examen como (elija uno): <input type="checkbox"/> Estudiante de California <input type="checkbox"/> Aprendiz de California <input type="checkbox"/> Licencia previa en California | | | | |
| SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE | | | | |
| Número del Seguro Social o de Identificación Fiscal Individual □□□ - □□ - □□□□ | | | SSN <input type="checkbox"/> | |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) Debe tener al menos 17 años □□-□□-□□□□ | | | DOB <input type="checkbox"/> | |
| Apellido | Nombre | Segundo nombre | Nombre <input type="checkbox"/> | |
| Enumere los nombres que haya tenido antes: | | | | |
| Dirección (Toda la correspondencia se enviará aquí) | | Número de apartamento | | Dirección <input type="checkbox"/> |
| Ciudad | Estado | Código postal | | |
| Número de teléfono □□□-□□□-□□□□ | | | Número de teléfono <input type="checkbox"/> | |
| Dirección de correo electrónico | | | Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> | |
| ¿Ha completado el 10.º grado en una escuela pública o su equivalente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | | | Educación <input type="checkbox"/> |
| (Opcional) ¿Cuál es su preferencia de idioma hablado y escrito (Código de Comercio y Profesión 7314)? _____ | | | | Código de C y P 7314 Pref. de idioma <input type="checkbox"/> |

SECCIÓN B: ANTECEDENTES

| | | | |
|----|--|--|---|
| 1. | <p>¿Alguna vez ha sido condenado o se ha declarado inocente de una violación de cualquier ley de los Estados Unidos, en cualquier estado, jurisdicción local o país extranjero?</p> <p>En caso afirmativo, adjunte un formulario de Declaración de antecedentes penales/condenas completo. Si es necesario, la Junta solicitará más información.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Condenas con documentación <input type="checkbox"/> |
| 2. | <p>¿Alguna vez se le ha denegado, suspendido, revocado o puesto en prueba alguna licencia o solicitud profesional o vocacional, o tomado alguna otra acción disciplinaria sobre la licencia, por esta u otra autoridad gubernamental en este estado o en cualquier otro estado, o en cualquier país extranjero?</p> <p>En caso afirmativo, adjunte un formulario de Declaración de medidas disciplinarias. Si es necesario, la Junta solicitará más información.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Acciones disciplinarias con documentación <input type="checkbox"/> |
| 3. | <p>¿Es titular de alguna licencia de la Junta de California?</p> <p>En caso afirmativo, indique el/los número(s) de la(s) licencia(s): _____. Si el nombre que figura en su(s) otra(s) licencia(s) no coincide con el nombre que figura en esta solicitud, presente un formulario de cambio de nombre con la documentación requerida junto con esta solicitud.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Licencias de CA <input type="checkbox"/> |
| 4. | <p>¿Ha sido admitido en los Estados Unidos como refugiado, se le ha concedido el asilo o tiene un visado especial de inmigrante?</p> <p>En caso afirmativo, incluya una copia de la documentación que demuestre la situación correcta.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Documentación de asilo/refugiado |
| 5. | <p>¿Ha servido como miembro activo del ejército y ha sido dado de baja con honores de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o está sirviendo actualmente en el ejército y está requiriendo que se acelere esta solicitud?</p> <p>En caso afirmativo, adjunte una copia de su DD214, los documentos de baja o las órdenes actuales.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Miembro del ejército con documentación <input type="checkbox"/> |
| 6. | <p>¿Es usted cónyuge o pareja de hecho registrada de un militar en activo y pide que se acelere esta solicitud? En caso afirmativo, adjunte una copia de su certificado de matrimonio o pareja de hecho y una copia de la tarjeta de identificación militar actual de su cónyuge o pareja de hecho y la verificación de su situación de servicio activo.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

| | |
|---|---|
| SECCIÓN C: CALIFICACIONES | |
| Consulte la lista de posibles tipos de calificaciones. Elija la que corresponda y asegúrese de completar y entregar la documentación requerida con su solicitud. | |
| Asistí a una escuela aprobada por California para completar mis horas. Escuela a la que asistió: _____ Fecha de graduación: _____ <input type="checkbox"/> He incluido mi documento de prueba de capacitación. | |
| Antes tenía una licencia en el estado de California que fue cancelada. Número de licencia: _____ Nombre que figura en la licencia previa: _____ | |
| Realicé un Programa de Aprendizaje para completar mis horas. Número de licencia de aprendiz _____ <input type="checkbox"/> Incluí mi certificado de finalización para confirmar la finalización del programa. | |
| SECCIÓN D: INFORMACIÓN DEL EXAMEN | |
| Preferencia de idioma para el examen <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano Traducido a la versión más universal o neutra de cada idioma para que sea aceptable para la mayor cantidad posible de personas. | Información del examen seleccionada <input type="checkbox"/> |
| SECCIÓN E: INTÉRPRETE Y ADAPTACIONES | |
| Si necesita un intérprete o una adaptación, deberá presentar los formularios correspondientes junto con esta solicitud de examen . Si no presenta los formularios al mismo tiempo, su examen puede ser programado sin incluir esa solicitud. Los formularios incompletos pueden hacer que su examen se programe sin su solicitud de adaptación/intérprete. <input type="checkbox"/> Solicito el uso de intérprete Intérprete: Si no habla y lee uno de los idiomas preferidos mencionados arriba, adjunte a esta solicitud los formularios G y H de Intérprete o Intérprete/Modelo debidamente completos (https://barbercosmo.ca.gov/forms_pubs/forms/interpreter.pdf). <input type="checkbox"/> Solicito una adaptación razonable Adaptación razonable: Si necesita una adaptación razonable para realizar el examen, adjunte a esta solicitud el formulario de <u>Solicitud de una Adaptación Razonable</u> (https://barbercosmo.ca.gov/forms_pubs/forms/ada_req_accom.pdf). | Intérprete seleccionado y documentación incluida <input type="checkbox"/> Adaptación razonable seleccionada y documentación incluida <input type="checkbox"/> |

SECCIÓN F: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que he leído y comprendido la información, **Conozca sus derechos como trabajador**, proporcionada por la Junta de Peluquería y Cosmetología en https://www.barbercosmo.ca.gov/consumers/workers_rights.shtml. He leído y entiendo las leyes y reglamentos relativos a esta profesión en California https://www.barbercosmo.ca.gov/laws_regs/index.shtml. Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que todas las declaraciones proporcionadas en relación con esta solicitud son verdaderas y exactas.

 Certificación

Firma

Fecha

RECOPIACIÓN, ACCESO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

* **Esta declaración es para su información.** La Ley de Prácticas de Información, art. 1798.17 del Código Civil, exige que se proporcione la siguiente información cuando se recopilen datos de personas.

NOMBRE DE LA AGENCIA: Junta de Peluquería y Cosmetología

TÍTULO DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Oficial ejecutivo

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

SITIO WEB: www.barbercosmo.ca.gov

NÚMEROS DE TELÉFONO Y DE FAX: Teléfono: (916) 574-7570 Fax: (916) 575-7281

AUTORIDAD QUE AUTORIZA EL MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Secciones 7300 a 7457, inclusive, que comprenden el capítulo 10, división 3, del Código de Negocios y Profesiones de California.

CONSECUENCIAS DE NO PROPORCIONAR TODA O PARTE DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA: Es obligatorio proporcionar toda la información solicitada. La omisión de alguno de los datos solicitados hará que se rechace la solicitud por considerarla incompleta.

OBJETIVO PRINCIPAL PARA EL CUAL SE VA A USAR LA INFORMACIÓN: La información solicitada se usará para determinar las calificaciones para la licencia o certificación para determinar el cumplimiento de las disposiciones de la ley sobre la práctica de grupos y empresas y para establecer la identificación positiva.

CUALQUIER DIVULGACIÓN CONOCIDA O PREVISIBLE QUE PUEDA HACERSE DE LA INFORMACIÓN: Su solicitud completa pasa a ser propiedad de la Junta y será usada por el personal autorizado para determinar si es elegible para una licencia o certificación. La información sobre su solicitud puede ser transferida a otros organismos gubernamentales o policiales. De acuerdo con la Ley de Registros Públicos de California (Código del Gob. sección 6250 y siguientes) y la Ley de Prácticas de Información (Código Civil, sección 1798.61), los nombres y direcciones de las personas que poseen una licencia o registro pueden ser divulgados por el departamento a menos que estén específicamente exentos de divulgación bajo la ley. **En consecuencia, los datos personales de nombre y dirección incluidos en el formulario o formularios adjuntos pueden convertirse en información pública sujeta a divulgación.**

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SSN): La divulgación de su Número del Seguro Social es obligatoria. La sección 30 del Código de Negocios y Profesiones y la Ley Pública 94-455 [42 U.S.C.A. sección 405(c)(2)(C)] autorizan la recopilación de su Número del Seguro Social. Su Número del Seguro Social se usará exclusivamente para fines de recaudación de impuestos, para fines de cumplimiento de cualquier sentencia u orden de manutención familiar de acuerdo 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 Número del Seguro Social, será denunciado a la Junta de Impuestos (Franchise Tax Board) , que puede imponerle una multa de \$100.

AB 1424: A partir del 1 de julio de 2012, la Junta Estatal de Ecuilización y la Junta de Impuestos pueden compartir información de los contribuyentes con la Junta. Usted está obligado a pagar su contribución impositiva estatal y su licencia puede ser suspendida si esta no se paga.