# (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) 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.
☐ Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de la Guardia Nacional dado de baja con honores
☐ Admitido en Estados Unidos como refugiado, con asilo o con un visado especial de inmigrante

**Estado acelerado** ☐

**Soy elegible para el examen como (elija uno):**
☐ Estudiante de California ☐ Aprendiz de California ☐ Licencia previa en California

## SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Número del Seguro Social o de Identificación Fiscal Individual
☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

SSN ☐

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) Debe tener al menos 17 años
☐☐-☐☐-☐☐☐☐

DOB ☐

| Apellido | Nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|

Nombre ☐

Enumere los nombres que haya tenido antes:

| Dirección (Toda la correspondencia se enviará aquí) | Número de apartamento |
|---|---|

**Dirección** ☐

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

Número de teléfono
☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

Número de teléfono ☐

Dirección de correo electrónico

Dirección de correo electrónico ☐

¿Ha completado el 10.º grado en una escuela pública o su equivalente? ☐No ☐Sí

Educación ☐

(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 ☐

| SECCIÓN B: ANTECEDENTES | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | ¿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?<br><br>En caso afirmativo, adjunte un formulario de Declaración de antecedentes penales/condenas completo. Si es necesario, la Junta solicitará más información. | ☐ Sí<br><br>☐ No | Condenas con documentación ☐ |
| 2. | ¿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?<br><br>En caso afirmativo, adjunte un formulario de Declaración de medidas disciplinarias. Si es necesario, la Junta solicitará más información. | ☐ Sí<br><br>☐ No | Acciones disciplinarias con documentación ☐ |
| 3. | ¿Es titular de alguna licencia de la Junta de California?<br><br>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. | ☐ Sí<br><br>☐ No | Licencias de CA ☐ |
| 4. | ¿Ha sido admitido en los Estados Unidos como refugiado, se le ha concedido el asilo o tiene un visado especial de inmigrante?<br><br>En caso afirmativo, incluya una copia de la documentación que demuestre la situación correcta. | ☐ Sí<br><br>☐ No | ☐ Documentación de asilo/refugiado |
| 5. | ¿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?<br><br>En caso afirmativo, adjunte una copia de su DD214, los documentos de baja o las órdenes actuales. | ☐ Sí<br><br>☐ No | Miembro del ejército con documentación ☐ |
| 6. | ¿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. | ☐ Sí<br><br>☐ 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.**<br><br>Escuela a la que asistió: _____<br><br>Fecha de graduación: _____<br><br>☐ He incluido mi documento de prueba de capacitación. | |
| **Antes tenía una licencia en el estado de California que fue cancelada.**<br><br>Número de licencia: _____ Nombre que figura en la licencia previa: _____ | |
| **Realicé un Programa de Aprendizaje para completar mis horas.**<br><br>Número de licencia de aprendiz _____<br><br>☐ Incluí mi certificado de finalización para confirmar la finalización del programa. | |
| **SECCIÓN D: INFORMACIÓN DEL EXAMEN** | |
| **Preferencia de idioma para el examen**<br>☐ Inglés ☐ Vietnamita ☐ Español ☐ Coreano ☐ Chino simplificado<br>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** ☐ |
| **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.<br><br>☐ Solicito el uso de intérprete<br><br>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).<br><br>☐ Solicito una adaptación razonable<br><br>Adaptación razonable: Si necesita una adaptación razonable para realizar el examen, adjunte a esta solicitud el formulario de Solicitud de una Adaptación Razonable (https://barbercosmo.ca.gov/forms_pubs/forms/ada_req_accom.pdf). | Intérprete seleccionado y documentación incluida ☐<br>Adaptación razonable seleccionada y documentación incluida ☐ |

| 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 | |

## RECOPILACIÓN, 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:** 1625 North Market Blvd, Suite 202, 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 Ecualización 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.