

## SOLICITANTES DE OTROS ESTADOS O PAÍSES DECLARACIÓN DE EXPERIENCIA - FORMULARIO C

### INSTRUCCIONES

Entregue este formulario a una persona desinteresada que pueda verificar su experiencia de trabajo como profesional licenciado. Una persona desinteresada puede ser un empleador, empleado o cliente que pueda dar fe de su experiencia de trabajo como profesional licenciado. Esta persona deberá completar la Sección B, que se encuentra a continuación. Luego de completar este formulario, preséntelo junto con su Solicitud para Examen y Tarifa Inicial de Licencia y otros documentos pertinentes a la dirección que figura arriba. Solo se considerará experiencia de trabajo como profesional licenciado.

### SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nro. de seguro social o Nro. de identificación individual del contribuyente <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <span style="margin: 0 5px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <span style="margin: 0 5px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div>	Fecha de nacimiento (debe ser mayor de 17 años) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <span style="margin: 0 5px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <span style="margin: 0 5px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Mes</span> <span>Día</span> <span>Año</span> </div>	
Apellido <b>(en letra clara)</b>	Nombre	Segundo nombre

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

Dirección	<b>Nro. de departamento</b> (si corresponde)	
Ciudad	Estado	Código postal

### SECCIÓN B: A COMPLETAR POR UNA PERSONA DESINTERESADA SOLAMENTE

Apellido <b>(en letra clara)</b>	Nombre	Segundo nombre
Dirección	<b>Nro. de departamento</b> (si corresponde)	
Ciudad	Estado	Código postal

**El solicitante enumerado anteriormente ha realizado el siguiente tipo de trabajo en la ubicación especificada durante el periodo de tiempo indicado abajo.**

Nombre del establecimiento	Nro. de teléfono del establecimiento		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Tipo de trabajo (marque todos los que correspondan)

Barbero  
  Cosmetólogo  
  Electrólogo  
  Esteticista  
  Manicurista

Periodo de tiempo    Desde: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_    Hasta: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

### SECCIÓN C: CERTIFICACIÓN DE LA PERSONA DESINTERESADA Y DEL SOLICITANTE

*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 este formulario son verdaderas y precisas.*

Firma de la persona desinteresada	Fecha
Firma del solicitante	Fecha

## **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](http://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.