



(1016) 재시험
신청서
수수료 \$75 (환불 불가)

면허 프로그램
P.O. Box 944226
Sacramento, CA 94244-2260
전화번호: (800) 952-5210
이메일: barbercosmo@dca.ca.gov
www.barbercosmo.ca.gov

수납 (1016) 전용:	개체(Entity) #	영수증(Receipt) #	금액(Amount) \$		
<p>본인은 아래 기준 중 한 가지에 근거하여 신속 처리 대상 자격이 있습니다. 신청서와 함께 충분한 증거를 제공해야 합니다. 자세한 내용은 섹션 B 를 참조하십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 미군 또는 미국 국가경비대 명예 전역 군인 <input type="checkbox"/> 미국에 난민으로 입국허가를 받거나, 망명 신청이 허가되었거나, 특별 이민 비자를 발급받음</p>				신속 처리 대상 자격 <input type="checkbox"/>	
섹션 A: 신청자 정보					
면허 유형(하나를 선택하십시오):	이발사 <input type="checkbox"/> 1001	미용사 <input type="checkbox"/> 1002	전기분해 시술사 <input type="checkbox"/> 1003	피부 미용사 <input type="checkbox"/> 1004	매니큐어사 <input type="checkbox"/> 1005
사회 보장 또는 개인 납세자 식별 번호 <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"/>				SSN <input type="checkbox"/>	
생년월일 (mm/dd/yy) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				생년월일 <input type="checkbox"/>	
성		이름		중간 이름	이름 <input type="checkbox"/>
주소(기재하신 주소로 모든 우편물이 송달됩니다)				아파트 번호	주소 <input type="checkbox"/>
시			주	우편 번호	
전화번호 <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"/>				전화 번호 <input type="checkbox"/>	
이메일 주소					이메일 주소 <input type="checkbox"/>
섹션 B: 시험 정보					
시험 언어 기본 설정 <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 한국어 가능한 한 많은 사람들이 이해할 수 있도록 각 언어의 가장 보편적 또는 중립적인 버전으로 번역됩니다.					시험 정보 <input type="checkbox"/>

섹션 C: 신원 정보			
1.	<p>마지막으로 시험을 신청했던 이래로 미국, 주, 지방 사법권 또는 외국의 법률 위반 행위로 유죄 판결을 받았거나 혐의를 인정한 적이 있습니까?</p> <p>만약 예라고 답변하셨다면, 유죄 답변/선고에 관한 진술서(Disclosure Statement Regarding Criminal Pleas/Convictions) 양식을 작성하여 첨부하십시오. 필요한 경우, 위원회에서 추가 정보를 요청할 것입니다.</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	유죄 판결 문서 포함 <input type="checkbox"/>
2.	<p>마지막으로 시험을 신청했던 이래로 본 기관 또는 캘리포니아주 및 다른 주의 기타 공권력 또는 외국에서 전문직이나 직업 면허 혹은 신청이 거부, 정지, 취소, 보호관찰 또는 그 밖의 징계 처분을 받은 적이 있습니까?</p> <p>만약 예라고 답변하셨다면, 징계 처분에 관한 진술서(Disclosure Statement Regarding Disciplinary Action) 양식을 작성하여 첨부하십시오. 필요한 경우, 위원회에서 추가 정보를 요청할 것입니다.</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	징계 처분 문서 포함 <input type="checkbox"/>

섹션 D: 통역 및 편의 제공		
<p>통역이나 편의 제공이 필요한 경우, 본 시험 신청서와 함께 적절한 양식을 제출해야 합니다. 양식을 동시에 제출하지 않을 경우 귀하의 요청 사항이 누락된 채 시험일자가 정해질 수 있습니다. 양식 작성을 완료하지 않을 경우 귀하의 요청 사항이 누락된 채 시험일자가 정해질 수 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/>통역 사용을 요청합니다.</p> <p>통역: 상기 언어 기본 설정 중 귀하께서 말하고 읽을 수 있는 언어가 없는 경우, 본 신청서와 함께 통역 또는 <u>통역/모델 양식 G & H</u> (https://barbercosmo.ca.gov/forms_pubs/forms/interpreter.pdf)를 작성하여 첨부하십시오.</p> <p><input type="checkbox"/>정당한 편의 제공을 요청합니다.</p> <p>정당한 편의 제공: 시험에 응시하기 위해 정당한 편의 제공이 필요한 경우, 본 신청서와 함께 <u>정당한 편의 제공 요청 양식</u> (https://barbercosmo.ca.gov/forms_pubs/forms/ada_req_accom.pdf)을 작성하여 첨부하십시오.</p> <p>주의: 실기 시험 응시 날짜가 확정된 이후에는 변경할 수 없습니다. 예정된 날짜에 실기 시험을 치를 수 없는 경우 재시험 신청서를 제출하고 필요한 수수료를 지불해야 합니다. 시험에 응시할 수 없는 날짜 및 기간을 모두 적어주시기 바랍니다.</p> <p>다음 날짜에 시험을 치를 수 없습니다:</p> <p>_____</p>		<p>통역 선택 및 문서 포함 <input type="checkbox"/></p> <p>편의 제공 선택 및 문서 포함 <input type="checkbox"/></p> <p>응시 불가능 날짜 선택됨 <input type="checkbox"/></p>

섹션 E: 신청자 인증		
<p>본인은 이.미용 위원회가 https://www.barbercosmo.ca.gov/consumers/workers_rights.shtml 에서 제공하는 정보, <u>근로자의 권리에 대한 이해(Know Your Workers' Rights)</u>를 읽고 이해했음을 인증합니다. 본인은 이 직업과 관련된 캘리포니아 법률 및 규정 https://www.barbercosmo.ca.gov/laws_regs/index.shtml 을 읽고 이해했습니다. 본인은 이 신청서와 관련하여 제공된 모든 진술이 사실이고 정확하며 위증 시 캘리포니아주 법률에 따라 처벌을 받을 것을 인증합니다.</p>		인증 <input type="checkbox"/>
서명	날짜	

정보 수집, 액세스 및 공개

***본 장은 참고용입니다.** 정보 관례법(Information Practices Act), 민법 1798.17 항에 따라 개인으로부터 정보를 수집할 때 다음 정보를 제공해야 합니다.

기관명: 이·미용 위원회

정보 유지 관리 책임자 공식 직함: 행정관

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

인터넷 주소: www.barbercosmo.ca.gov

전화 및 팩스 번호: 전화: (916) 574-7570 팩스: (916) 575-7281

정보 유지 관리를 인가하는 관헌: 캘리포니아 사업 및 전문업법 3 부 10 장 7300 항~ 7457 항.

요청된 정보 전체 또는 일부를 제공하지 않을 경우 발생하는 결과: 귀하께서 요청받은 정보를 모두 제공하는 것은 필수적인 사항입니다. 요청된 정보의 항목이 누락되면 미완성된 것으로 간주되어 신청이 거절됩니다.

정보 활용의 주된 목적: 요청된 정보는 면허 교부 또는 증명서 교부에 대한 적격 여부를 결정하는 데 사용되어 그룹 및 기업의 법률 규정 준수 여부를 결정하고 확실한 신원 확인 체계를 확립합니다.

알려지거나 예측 가능한 정보의 공개: 귀하께서 작성하신 신청서는 위원회의 자산이 되며 공인 담당자가 면허 또는 인증에 대한 귀하의 적격성을 결정하는 데 사용됩니다. 귀하의 신청서에 기재된 정보는 다른 정부 기관 또는 법 집행 기관으로 이전될 수 있습니다. 캘리포니아 공공 기록물법(정부법 6250 항 이하 참조) 및 정보 관례법(민법 1798.61 항)에 의거하여 면허증 또는 등록증을 소지한 자의 성명 및 주소는 법에 따라 특별히 공개가 면제되지 않는 한 해당 부서에 의해 공개될 수 있습니다. 따라서, 첨부된 양식에 기입된 개인의 이름과 주소 정보는 공개될 수 있는 공공 정보로 취급될 수 있습니다.

사회보장번호 (SSN): 귀하의 사회보장번호 공개는 필수적인 사항입니다. 사업 및 전문업법 30 항과 공법 94-455 [42 U.S.C.A. 405(c)(2)(C)항]에 따라 귀하의 사회보장번호를 수집할 수 있습니다. 귀하의 사회보장번호는 세금 집행 목적, 가족법 17520 항에 따른 가족 부양 판결 또는 명령 준수 목적, 면허 교부 혹은 시험 이력 증명 및 면허 교부가 상호 인정되는 주에서 정보 요청을 한 경우에만 사용됩니다. 귀하의 사회보장번호를 공개하지 않으면 프랜차이즈 세무 위원회(Franchise Tax Board)에 신고되어 \$100의 벌금이 부과될 수 있습니다.

AB 1424: 2012년 7월 1일부로 조세형평국(State Board of Equalization) 및 프랜차이즈 세무위원회는 납세자 정보를 위원회와 공유할 수 있습니다. 귀하는 주세 납부 의무가 있으며, 주세를 납부하지 않을 경우 귀하의 면허가 정지될 수 있습니다.