



(1016) SOLICITUD DE REEXAMEN

Tarifa de \$75 (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

Uso exclusivo (1016) 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"/>	
SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Tipo de licencia (seleccione una):	Peluquería 1001	<input type="checkbox"/> Cosmetología 1002	<input type="checkbox"/> Electrología 1003	<input type="checkbox"/> Estética 1004	<input type="checkbox"/> Manicura 1005
Número del Seguro Social o de Identificación Fiscal Individual				Número del Seguro Social (SSN)	
<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="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)				Fecha de nacimiento (DOB)	
<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="checkbox"/>	
Apellido		Nombre	Segundo nombre		
Dirección (Toda la correspondencia se enviará aquí)			Número de apartamento	Nombre	
				<input type="checkbox"/>	
Ciudad		Estado	Código postal		
Número de teléfono				Número 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"/>				<input type="checkbox"/>	
Dirección de correo electrónico				Dirección de Dirección	
				<input type="checkbox"/>	
SECCIÓN B: 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.				<input type="checkbox"/> Información del examen	

SECCIÓN C: ANTECEDENTES

1.	<p>Desde la última vez que presentó la solicitud, ¿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>Desde la última vez que presentó la solicitud, ¿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"/>

SECCIÓN D: 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.

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).

Solicito una adaptación razonable

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).

NOTA: Una vez programada la parte práctica del examen, la fecha no se puede cambiar. Si no puede realizar el examen práctico en la fecha prevista, deberá presentar una Solicitud de Reexamen y pagar la tarifa correspondiente. Indique las fechas y los intervalos de fechas en los que no está disponible para realizar un examen.

No estoy disponible para hacer un examen en estas fechas:

Intérprete seleccionado y documentación incluida

Adaptación razonable seleccionada y documentación incluida

Fechas elegidas de no disponibilidad

SECCIÓN E: 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.