(1011) Solicitud de Licencia por Endoso (Reciprocidad)

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

Caja (1011) Para uso exclusivo:	Entidad nº	Recibo nº	Importe $

Solicito el siguiente tipo de licencia: (No reembolsable)

☐Barbero (1001) $50	☐Cosmetólogo (1002) $50	☐Electrólogo (1003) $50	☐Esteticista (1004) $40	☐Manicurista (1005) $35	☐Estilista (1006) $50

☐ Tipo de licencia

Cumplo los requisitos para la tramitación acelerada de la solicitud y/o la exención de la tarifa de la licencia en función de uno de los criterios que se indican a continuación:
La solicitud debe acompañarse de pruebas satisfactorias. Para más información, véase la sección B.

☐ Veterano de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional de los Estados Unidos de Baja con Honores
☐ Estoy casado o soy pareja de hecho de un miembro en servicio activo
☐ Ha sido admitido en Estados Unidos como refugiado, se le ha concedido asilo o tiene un estatus especial de visado de inmigrante

Estatus expedito ☐

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

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

SSN ☐

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

FECHA DE NACIMIENTO ☐

Apellido	Nombre	Segundo Nombre

Nombre ☐

Enumere los nombres que haya tenido anteriormente:

Dirección (Toda la correspondencia se enviará aquí)	Número de Apt

Dirección ☐

Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono

☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

Teléfono ☐

Correo electrónico

Correo electrónico ☐

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE Continuación

(Opcional) ¿Cuál es su preferencia de idioma para hablar y escribir (Código de Negocios y Profesiones 7314)?

_____

Código B&P 7314 Idioma req. ☐

SECCIÓN B: INFORMACIÓN GENERAL

1.	¿Alguna vez ha sido condenado o se ha declarado "sin protesto" a una violación de alguna ley de los Estados Unidos, en algún estado, jurisdicción local o país extranjero? En caso afirmativo, adjunte un formulario de Divulgación de Declaraciones/ Condenas Penales debidamente completado. En caso necesario, la Junta solicitará más información.	☐ Sí ☐ No	Condenas con docs ☐
2.	¿Alguna vez le ha negado, suspendido, revocado, puesto en libertad condicional o se le ha aplicado alguna otra medida disciplinaria a su licencia o solicitud profesional o vocacional por parte de esta o cualquier otra autoridad gubernamental en este estado o cualquier otro estado o país extranjero? En caso afirmativo, adjunte un formulario de Divulgación de Medidas Disciplinarias debidamente completado. En caso necesario, la Junta solicitará más información.	☐ Sí ☐ No	Acción disciplinaria con docs ☐
3.	¿Posee alguna(s) licencia(s) de alguna Junta de California? En caso afirmativo, número(s) de licencia: _____ . 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 ☐ No	Licencias de CA ☐
4.	¿Ha sido admitido en Estados Unidos como refugiado, se le ha concedido asilo o tiene un visado especial de inmigrante? En caso afirmativo, incluya una copia de la documentación que demuestre el estatus correcto.	☐ Sí ☐ No	☐ Docs de Asilo/Refugiado

5.	¿Ha servido como militar activo y ha sido dado de baja con honores de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o está sirviendo actualmente en las Fuerzas Armadas y solicita que se acelere esta solicitud? En caso afirmativo, adjunte una copia de su DD214, documentos de baja u órdenes vigentes.	☐ Sí ☐ No	Militar con docs ☐
6.	¿Es usted cónyuge o pareja de hecho registrada de un militar en servicio activo y solicita que se agilice esta solicitud y se le exonere del pago de la tarifa de licencia? En caso afirmativo, adjunte una copia de su certificado de matrimonio o pareja de hecho, una copia de la tarjeta de identidad militar en vigor de su cónyuge o pareja de hecho, la verificación de su situación de servicio activo, la verificación de que tiene licencia en otro estado, distrito o territorio de Estados Unidos.	☐ Sí ☐ No	Cónyuge de militar con docs ☐

SECCIÓN C: TITULACIONES

Sírvase consultar las titulaciones que figuran a continuación y escriba sus iniciales en el espacio que aparece junto a la titulación. Todas las titulaciones son obligatorias para obtener la licencia por reciprocidad. Sólo puede solicitar la reciprocidad para el mismo tipo de licencia que posee actualmente.

Todas las titulaciones rubricadas ☐

____ **Poseo una licencia actual equivalente en otro estado.** (Las licencias de Especialista Completo, Facial y de Uñas de Florida no califican para Reciprocidad).

Información de la licencia:
Estado ____ Tipo _____ Licencia No. _____
Fecha de emisión ___ Fecha de expiración _____

_____ **Mi licencia no está revocada, suspendida ni restringida de otro modo y no he sido objeto de acciones disciplinarias ni de una condena penal.**

_____ **He solicitado que se envíe directamente a la Junta de California un certificado de licencia del estado arriba indicado.**

SECCIÓN D: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

☐ Certificación

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

Firma	Fecha

RECOPILACIÓN, ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

***Esta declaración es para su información.** La Ley de Prácticas de Información, Sección 1798.17 del Código Civil, exige que se facilite la siguiente información cuando se recopile información de particulares.

NOMBRE DE LA AGENCIA: Junta de Barbería y Cosmetología

TÍTULO DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Director Ejecutivo

DIRECCIÓN: 1625 North Market Blvd Ste 202, Sacramento, CA 95834

DIRECCIÓN DE INTERNET: www.barbercosmo.ca.gov

TELÉFONO: (916) 574-7570

AUTORIDAD QUE APRUEBA 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 FACILITAR TODA O PARTE DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA INFORMACIÓN: Es obligatorio que provea toda la información solicitada. La omisión de cualquiera de los datos solicitados dará lugar al rechazo de la solicitud por considerarla incompleta.

FINALIDAD(ES) PRINCIPAL(ES) PARA LA CUAL SE UTILIZARÁ LA INFORMACIÓN: la información solicitada se utilizará para determinar las competencias necesarias para obtener la licencia o la certificación, a fin de determinar el cumplimiento de las disposiciones de la ley sobre prácticas corporativas y colectivas y para establecer una identificación positiva.

CUALQUIER DIVULGACIÓN CONOCIDA O PREVISIBLE QUE PUEDA HACERSE DE LA INFORMACIÓN: Su solicitud completa se convierte en propiedad de la junta y será utilizada por el personal autorizado para determinar su elegibilidad para una licencia o certificación. La información sobre su solicitud puede transferirse a otras agencias gubernamentales o policiales. De conformidad con la Ley de Registros Públicos de California (Código de Gobierno, Sección 6250 y siguientes) y la Ley de Prácticas de Información (Código Civil, Sección 1798.61), el departamento puede divulgar los nombres y las direcciones de las personas que dispongan de una licencia o registro, a menos que la ley establezca específicamente que están exentos de divulgación.
Por lo tanto, los datos personales de nombre y dirección introducidos en el formulario(s) adjunto(s) pueden pasar a ser información pública sujeta a divulgación.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS): La declaración de su número de seguro social es obligatoria. El artículo 30 del Código de Negocios y Profesiones y la Ley Pública 94-455 [42 U.S.C.A. artículo 405(c)(2)(C)] autorizan la recopilación de su número de seguro social. Su número de seguro social se utilizará exclusivamente para fines de aplicación de impuestos, para fines de cumplimiento de cualquier sentencia u orden de manutención familiar de conformidad con el artículo 17520 del Código de Familia, o para la verificación de la licencia o examen y cuando la licencia sea de carácter recíproco con el estado solicitante. Si no revela su número de seguro social, será denunciado a la Junta de Impuestos de Franquicia (Franchise Tax Board), que puede imponerle una sanción de $100.

AB 1424: A partir del 1 de julio del 2012, la Junta Estatal de Impuestos sobre Ventas y la Junta de Impuestos de Franquicia pueden compartir información de los contribuyentes con la junta. Usted está comprometido a pagar su obligación tributaria estatal y su licencia puede quedar suspendida si esta no se paga.