



(1008) Solicitud de licencia de unidad móvil Tarifa de \$150

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 (1020) del cajero:	N.º de entidad	N.º de recibo	Cantidad \$	
<p>Soy elegible para el proceso de solicitud acelerado en base a uno de los siguientes criterios:</p> <p>Deberá presentar pruebas satisfactorias junto con su solicitud. Consulte la sección B para obtener más información.</p> <p><input type="checkbox"/> Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de la Guardia Nacional dado de baja con honores</p> <p><input type="checkbox"/> Admitido en Estados Unidos como refugiado, con asilo o con un visado especial de inmigrante</p>				Estado acelerado <input type="checkbox"/>
SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO				
Nombre de la unidad móvil			Número del Seguro Social (SSN) <input type="checkbox"/>	
Dirección base		Número de la calle / del apartamento		Dirección física <input type="checkbox"/>
Ciudad	Estado	Código postal		
Dirección postal (<i>si es diferente de la dirección base</i>)		Número de la calle / del apartamento		Dirección postal <input type="checkbox"/>
Ciudad	Estado	Código postal		
Número de teléfono				Número de teléfono <input type="checkbox"/>
<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"/>				
Dirección de correo electrónico				Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/>
Nombre de la persona de contacto de la unidad móvil		Número de teléfono		Persona de contacto <input type="checkbox"/>
		<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"/>		
SECCIÓN B: OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL				
Nombre completo del operador/conductor		Número de la licencia de conducir de California		Información del operador <input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

SECCIÓN C: INFORMACIÓN SOBRE EL PROPIETARIO

Seleccione una opción de tipo de propietario y complete esa sección.

Propietario individual: una sola persona controlará todas las obligaciones, requisitos y responsabilidades de la propiedad del establecimiento. Complete y presente una declaración jurada para un propietario individual.

Información del propietario

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

Pareja casada / pareja de hecho: Si los propietarios son una pareja casada o pareja de hecho registrada, complete lo siguiente y adjunte una declaración jurada para cada individuo.

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

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

Sociedad: Dos o más personas compartirán todas las obligaciones, requisitos y responsabilidades de la propiedad del establecimiento. Cada persona debe proporcionar su nombre legal y presentar una declaración jurada. Las sociedades deben recibir un Número de Identificación de Empleado (EIN) del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para que la solicitud sea procesada. Su solicitud no será procesada sin un EIN.

Número de Identificación de Empleado (EIN) - -

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

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

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

Corporación: Una corporación registrada en la Secretaría de Estado de California será responsable de todas las responsabilidades y requisitos del establecimiento. Indique el nombre de la corporación o LLC, junto con los nombres y cargos de todos los funcionarios o miembros (si la LLC no tiene directivos), así como el EIN. Las corporaciones o LLC se deben registrar en la Secretaría de Estado de California y recibir un EIN del IRS para que la solicitud sea procesada. Cada miembro o funcionario tendrá que completar y presentar una declaración jurada para el establecimiento y la solicitud de licencia de la unidad móvil.

Información del propietario

Nombre de la corporación o LLC:	
---------------------------------	--

Número de Identificación de Empleado (EIN)	<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"/>
--	--

Título/miembro	Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------------	----------	--------	----------------

Título/miembro	Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------------	----------	--------	----------------

Título/miembro	Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------------	----------	--------	----------------

SECCIÓN D: CERTIFICACIÓN

Certifico que he leído y comprendido la información, Conozca sus derechos como trabajador, proporcionada por la Junta de Peluquería y Cosmetología. Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi/nuestro conocimiento y que el establecimiento cumplirá con todos los requisitos establecidos en la Ley de Peluquería y Cosmetología y el Código de Reglamentos de California antes de comenzar a operar.

Como propietario de este establecimiento entiendo que soy responsable de implementar y mantener todas las leyes y reglamentos de salud y seguridad en este establecimiento y que yo, como propietario del establecimiento, puedo ser citado por todas las violaciones encontradas en este establecimiento sin importar quién lo causó o en qué estación se encontró la violación. También entiendo que, si está presente, el titular de la licencia o el individuo sin licencia también será citado por las infracciones encontradas en su estación.

Quién debe firmar este formulario: Propietario individual, o si se trata de una pareja casada / pareja de hecho, ambas partes, o si se trata de una sociedad, todos los socios, o si se trata de una corporación, el presidente, el tesorero o los miembros (si no hay directivos).

Certificación

Firma	Nombre en letra de imprenta	Fecha
Firma	Nombre en letra de imprenta	Fecha
Firma	Nombre en letra de imprenta	Fecha
Firma	Nombre en letra de imprenta	Fecha



Declaración jurada de solicitud de licencia de establecimiento y unidad móvil

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

Solicitando como:	<input type="checkbox"/> Individuo	<input type="checkbox"/> Pareja casada / pareja de hecho registrada	<input type="checkbox"/> Sociedad	<input type="checkbox"/> Directivo de la corporación	<input type="checkbox"/> Directivo/miembro de la LLC	<input type="checkbox"/> Tipo de organización
SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL						
Número del Seguro Social o de Identificación Fiscal Individual (no se acepta el Número de Identificación de Empleado)						Número del Seguro Social (SSN) <input type="checkbox"/>
<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"/>						
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) Debe tener más de 16 años (por lo menos 17 años para electrología)						Fecha de nacimiento (DOB) <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Apellido		Nombre		Segundo nombre		Nombre <input type="checkbox"/>
Enumere los nombres que haya tenido antes:						
Dirección (la carta de programación y toda la correspondencia se enviará aquí)				Número de apartamento		Dirección <input type="checkbox"/>
Ciudad			Estado	Código postal		
Número de teléfono						Número de teléfono <input type="checkbox"/>
<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"/>						
Dirección de correo electrónico						Dirección de Dirección <input type="checkbox"/>

SECCIÓN B: ANTECEDENTES

1.	<p>¿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>¿Alguna vez se le ha denegado, suspendido, revocado o puesto en prueba alguna licencia o solicitud profesional o vocacional, o tomado alguna otra medida 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"/>
3.	<p>¿Es titular de alguna licencia profesional o vocacional de la Junta de California?</p> <p>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.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencias de CA <input type="checkbox"/>
4.	<p>¿Sirve o ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos?</p> <p>En caso afirmativo, adjunte una copia de su DD214, los documentos de baja o las órdenes actuales para acceder a una solicitud acelerada.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembro del ejército con documentación <input type="checkbox"/>
5.	<p>¿Ha sido admitido en los Estados Unidos como refugiado, se le ha concedido el asilo o tiene un visado especial de inmigrante?</p> <p>En caso afirmativo, incluya una copia de la documentación que demuestre la situación correcta.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Documentación de asilo/refugiado

SECCIÓN C: CERTIFICACIÓN

Entiendo que los establecimientos son responsables del cumplimiento de cualquier ley laboral aplicable del estado y que el solicitante entiende los materiales informativos sobre las leyes laborales básicas, como se especifica en la [sección 7314.3](#).
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.