



Declaración de antecedentes penales/condenas

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

Marque esta casilla si está solicitando la **preaprobación** de su condena y no ha adjuntado esta declaración a una solicitud

Sección A: Tipo de licencia

<input type="checkbox"/> Barbero (1001)	<input type="checkbox"/> Cosmetóloga (1002)	<input type="checkbox"/> Electrólogo (1003)	<input type="checkbox"/> Esteticista (1004)	<input type="checkbox"/> Manicuro (1005)	<input type="checkbox"/> Establecimiento/Unidad Móvil (1007/1008)
---	---	---	---	--	---

SECCIÓN B: INFORMACIÓN INDIVIDUAL

Número del Seguro Social o de Identificación Fiscal Individual

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Enumere los nombres que haya tenido antes:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Dirección (toda la correspondencia se enviará a esta dirección)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Número de teléfono	Dirección de correo electrónico
--------------------	---------------------------------

Sección C: Información sobre el establecimiento (si corresponde)

Si esta declaración acompaña a una solicitud de establecimiento, complete esta sección.

Nombre del establecimiento

Dirección del establecimiento

Número de expediente o de entidad (si se conoce)

Sección D: Información sobre la condena

Solo indique un incidente por formulario. Si tiene varias fechas de condena, utilice varios formularios.

Fecha de antecedentes penales/condenas	Fecha de encarcelación	Fecha de liberación de la encarcelación	Fecha de libertad condicional/bajo palabra
Agencia de detención	Nombre del tribunal/ubicación	Número de caso/expediente	

Código(s) de infracción (enumere el código penal, el código de salud y seguridad, el código de vehículos, etc. que se ha infringido. Si hay varios códigos, indíquelos todos).

Detalles del delito (debe incluir el "quién, qué, cuándo, dónde y por qué" del delito ocurrido. Enumere las personas afectadas, las pérdidas sufridas, quién más puede haber participado, así como cualquier otra información relevante. Sea lo más exhaustivo posible e incluya hojas adicionales si es necesario).

Esfuerzos de rehabilitación (enumere todos los esfuerzos que ha realizado para evitar la reincidencia).

Sección E: Información adicional (si corresponde)

Algunas condenas requieren explicaciones o trámites adicionales. Incluya cualquier documento judicial relevante, cartas personales o registros de arresto que pueda tener y que nos ayuden a evaluar su declaración. Si no presenta estos documentos y son necesarios, le enviaremos una notificación por escrito para informarle de su deficiencia.

SECCIÓN F: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que todas las declaraciones proporcionadas en relación con este formulario son verdaderas y exactas a mi leal saber y entender.

Firma	Fecha
-------	-------

Para obtener más información sobre la denegación de la licencia, consulte:

[La Ley de Peluquería y Cosmetología](#)

[CAPÍTULO 10 DE LA DIVISIÓN 3 DEL CÓDIGO DE NEGOCIOS Y PROFESIONES](#)

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: 1625 North Market Blvd, Suite 202, 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.