



**(1015-1003) SOLICITUD DE
operador del equipo de Electrología
PARA EXAMEN Y TARIFA DE
LICENCIA INICIAL
Tarifa de \$125.00
(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

Nota: Si ha obtenido la licencia en otro estado, puede calificar para reciprocidad. Para más información, consulte la [Solicitud de reciprocidad](#).

Uso exclusivo del cajero (1015):	No. de Entidad	No. de Recibo	Cantidad \$
---	----------------	---------------	-------------

Califico para el proceso de solicitud acelerado por uno de los siguientes criterios:

Debe proporcionar evidencia satisfactoria con su solicitud. Consulte la sección B para obtener más información.

- Veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU. o de la Guardia Nacional dado de baja con honores
- Estoy casado(a) o en unión libre con un miembro en servicio activo.
- Soy un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. y me inscribí en el programa SkillBridge del Departamento de Defensa de los EE. UU.
- Admitido en Estados Unidos como Refugiado, con asilo o con Visa Especial de Inmigrante.

Califico para el examen como (elija uno):

- Estudiante de California
- Aprendiz de California
- Con licencia previa en California

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Número del Seguro Social o de la Identificación Fiscal Individual

- -

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) Debe tener al menos 17 años de edad.

- -

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

Enumere los nombres que tuvo anteriormente:

Dirección (Toda la correspondencia se enviará por correo aquí)	Número de apartamento
--	-----------------------

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Número de teléfono
 - -

Dirección de Correo Electrónico

¿Ha completado el 12.º grado en una escuela pública o su equivalente? No Sí

(Opcional)Cuál es su preferencia de idioma hablado y escrito ([Código de Negocios y Profesion 7314](#))?

Estado Acelerado

SSN

FDN

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Dirección de Correo Electrónico

Educación

Código N y P 7314
Preferencia de idioma

SECCIÓN B: ANTECEDENTES

1.	<p>¿Alguna vez ha sido condenado o no ha impugnado 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 completo de Declaración de Antecedentes penales/Condenas. Si es necesario, la Junta solicitará más información.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Condenas con documentos <input type="checkbox"/>
2.	<p>¿Alguna vez se le ha denegado, suspendido, revocado, puesto a prueba alguna licencia o solicitud profesional o vocacional o se le ha aplicado alguna medida disciplinaria por esta o cualquier otra autoridad gubernamental en este estado o en cualquier otro estado, o en cualquier país extranjero?</p> <p>En caso afirmativo, adjunte un formulario completo de Declaración de Acciones Disciplinarias. Si es necesario, la Junta solicitará más información.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones Disciplinarias con documentos <input type="checkbox"/>
3.	<p>¿Es titular de alguna licencia con una Junta de California?</p> <p>En caso afirmativo, mencione el o los números de licencia: _____</p> <p>Si el nombre que figura en su(s) otra(s) licencias no coincide con el nombre 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>¿Ha sido admitido en los Estados Unidos como Refugiado, se le ha otorgado asilo o tiene una visa especial de inmigrante?</p> <p>En caso afirmativo, incluya una copia de la documentación que muestre su situación correcta.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Documentos de asilo/refugiado
5.	<p>¿Ha servido como miembro militar activo y ha sido dado de baja con honores de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o actualmente está sirviendo en las fuerzas armadas y solicita que se acelere esta solicitud?</p> <p>En caso afirmativo, adjunte una copia de su DD214, documentos de baja u órdenes actuales.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Militar con documentos <input type="checkbox"/>
6.	<p>¿Es usted cónyuge o pareja de hecho registrada de un miembro militar activo y está solicitando que se acelere esta solicitud? En caso afirmativo, adjunte una copia de su certificado de matrimonio o pareja de hecho y una copia de la identificación militar actual de su cónyuge o pareja de hecho y la verificación de su situación de servicio activo.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7.	<p>De conformidad con <u>Sección 115.4 del Código de Negocios y Profesiones</u>, a partir del 1 de julio de 2024, la Junta de Barbería y Cosmetología acelerará el proceso de licencia inicial para un solicitante que sea miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. y esté inscrito en el programa SkillBridge del Departamento de Defensa de los EE. UU. ¿Solicita que se acelere su solicitud bajo esta autoridad? (Si selecciona SÍ, debe adjuntar documentación de inscripción a esta solicitud.)</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN C: CALIFICACIONES

Consulte la lista de posibles tipos de calificaciones. Elija cuál le corresponde y asegúrese de completar y entregar la documentación requerida con su solicitud.

Asistí a una Escuela Aprobada por California para completar mis horas.

Escuela a la que asistió: _____

Fecha de graduación: _____

Incluí mi documento de Prueba de capacitación.

Anteriormente tenía una licencia en el estado de California que fue cancelada.

Número de licencia: _____ Nombre en la licencia anterior: _____

Realicé un Programa de Aprendizaje para completar mis horas.

Número de licencia de aprendiz _____

Incluí mi certificado de finalización para confirmar la finalización del programa.

SECCIÓN D: INFORMACIÓN DEL EXAMEN

Preferencia de idioma para el examen

Inglés Vietnamita Español Coreano Chino simplificado

Traducido a la versión más universal o neutral de cada idioma para que sea aceptable para la audiencia más amplia posible.

Información del examen
selección

SECCIÓN E: INTÉRPRETE Y ADAPTACIONES

Si necesita un intérprete o adaptaciones, 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.

Solicito el uso de intérprete

Intérprete: Si no habla ni lee una de las preferencias de idioma anteriores, adjunte a esta solicitud los Formularios de Intérprete/Modelo G y H 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 un formulario completo de Solicitud de adaptación razonable (https://barbercosmo.ca.gov/forms_pubs/forms/ada_req_accom.pdf).

Intérprete
seleccionado y
documentos
incluidos

AR
seleccionado
y
documentos
incluidos

SECCIÓN F: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que he leído y entiendo la información, **Conozca sus derechos como trabajador**, proporcionado por la Junta de Barbería 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 INFORMACIÓN

***Esta declaración es para su información.** La Ley de Prácticas de Información, Sección 1798.17 del Código Civil, requiere que se proporcione la siguiente información al recopilar datos personales.

NOMBRE DE LA AGENCIA: Junta de Barbería 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

TELÉFONO: (916) 574-7570

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 TODO O PARTE DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA: Es obligatorio que proporcione toda la información solicitada. La omisión de algunos de los datos solicitados hará que se rechace la solicitud por considerarla incompleta.

OBJETIVO(S) PRINCIPAL(ES) PARA UTILIZAR LA INFORMACIÓN: La información solicitada se utilizará para determinar las calificaciones para la licencia o certificación para determinar el cumplimiento de las disposiciones de la ley sobre prácticas grupales y corporativas y para establecer una 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 utilizada por personal autorizado para determinar si es elegible para una licencia o certificación. La información de su solicitud puede transferirse a otras agencias gubernamentales o policiales. De acuerdo 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 direcciones de las personas que poseen una licencia o registro, a menos que estén específicamente exentos de divulgación bajo la ley.

En consecuencia, los datos personales de nombre y dirección ingresados en el formulario adjunto pueden convertirse en información pública sujeta a divulgación.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): La divulgación de su número de seguro social es obligatoria. La Sección 30 del Código de Negocios y Profesiones y la Ley Pública 94-455 [42 USCA Sección 405 (c)(2) (C)] autorizan la recopilación de su número de seguro social. Su número de 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 proporciona su número de seguro social, será denunciado a la Junta de Franquicia de Impuestos, 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 Franquicia de Impuestos pueden compartir información de los contribuyentes con la Junta. Usted está obligado a pagar su obligación tributaria estatal y si no lo hace, su licencia puede suspenderse.