

(1008) INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE LICENCIA PARA UNA UNIDAD MÓVIL (\$50 de Tarifa de Solicitud No Reembolsable y \$100 de Tarifa de Licencia e Inspección)

Complete este formulario de acuerdo con las instrucciones que figuran a continuación e incluya las páginas y documentos adicionales que sean necesarios. La Junta de Barbería y Cosmetología de California (Junta) no puede procesar el documento a menos que se proporcione toda la información solicitada aplicable.

TRAMITACIÓN ACELERADA DE LA SOLICITUD

1. Si cumple los requisitos para la tramitación acelerada de la solicitud en función de los criterios indicados en la misma, marque la casilla correspondiente. Si esta sección no es aplicable, déjela en blanco.

SECCIÓN A - INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE/TITULARIDAD

2. NOMBRE: Indique los apellidos, nombre y segundo nombre (si procede) del solicitante/propietario de la unidad móvil.
3. DIRECCIÓN: Indique la dirección de la base permanente desde la que operará la unidad móvil.
4. NOMBRE DE LA UNIDAD MÓVIL: Indique el nombre con el que operará la unidad móvil, si es distinto de su nombre legal.
5. NÚMERO DE TELÉFONO: Facilite un número de teléfono actual, incluido el prefijo.
6. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL): Proporcione una dirección de correo electrónico actual si desea recibir correspondencia y actualizaciones de la Junta.
7. PERSONA DE CONTACTO: Nombre de la persona de contacto para cualquier cuestión relativa a la solicitud.
8. NÚMERO DE TELÉFONO: Indique el número de teléfono actual de la persona de contacto, incluido el prefijo.

SECCIÓN B - EMPLEADO/FUNCIONARIO RESPONSABLE DE CONDUCIR LA UNIDAD MÓVIL

9. NOMBRE: Proporcione el nombre legal completo de la persona que operará/conducirá la unidad móvil.
10. LICENCIA DE CONDUCIR: Proporcione el número completo de la licencia de conducir de California de la persona que operará/conducirá la unidad móvil.

SECCIÓN C - FORMULARIO DE ORGANIZACIÓN COMERCIAL

11. Seleccione **UNA** opción de propiedad y complete la sección que corresponda
 - a. PROPIEDAD ÚNICA / PROPIETARIO INDIVIDUAL
 - i. NOMBRE: Indique su apellido, nombre y segundo nombre (si procede).
 - ii. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL DEL CONTRIBUYENTE NÚMERO: Indique su número de Seguro Social o su Número de Identificación del Contribuyente.
 - iii. FECHA DE NACIMIENTO: Indique su fecha de nacimiento (mes/día/año).

b. ASOCIACIÓN

- i. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FEDERAL DEL EMPLEADOR (FEIN): Proporcione el FEIN de la sociedad.
- ii. NOMBRE: Indique el apellido, el nombre y el segundo nombre (si procede) de todos los socios.
- iii. FECHA DE NACIMIENTO: Indique la fecha de nacimiento de todos los socios (mes/día/año).

c. CORPORACIÓN

- i. NOMBRE DE LA CORPORACIÓN: indique el nombre legal completo de la corporación.
- ii. NÚMERO DE REGISTRO DE ENTIDAD CORPORATIVA DE LA SECRETARÍA DE ESTADO: Proporcione el número completo de la corporación de California (7 o 12 dígitos). Nota: Sírvase proporcionar a continuación un número de registro de entidad corporativa actual y activo de la Secretaría de Estado de California. Si tiene preguntas sobre los requisitos de registro, póngase en contacto con la Secretaría de Estado de California; su información está disponible en www.sos.ca.gov).
- iii. TÍTULOS DE FUNCIONARIOS CORP.: Indique el cargo de cada uno de los funcionarios que ejercen el control de la corporación (por ejemplo, director general, director financiero, etc.). A efectos de esta solicitud, se entenderá por "funcionario de control" las personas principales que son los funcionarios, directores, gerentes o funcionarios de la corporación que son responsables de las operaciones o la administración de la corporación.
- iv. NOMBRE: Indique el apellido, nombre y segundo nombre (si procede) de cada uno de los funcionarios de control de la corporación.
- v. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/ITIN DEL FUNCIONARIO CORP.: Proporcione los números de seguro social o el número de identificación del contribuyente (ITIN) de cada funcionario al control de la corporación.
- vi. FECHA DE NACIMIENTO DEL FUNCIONARIO CORP.: Indique la fecha de nacimiento de cada uno de los funcionarios que controlan la corporación (Mes/Día/Año).

SECCIÓN D - INFORMACIÓN DE REFERENCIA

12. Seleccione "Sí" o "No" en respuesta a las preguntas que figuran en el formulario y facilite la información indicada en la sección E. 1. o 2, según proceda, si selecciona una respuesta "Sí".

- a. Pregunta #1 - NOTA: Los solicitantes no están obligados a revelar ninguna de las siguientes sentencias condenatorias en respuesta a esta pregunta:
 - i. Sentencias condenatorias desestimadas en virtud de las Secciones 1203.4, 1203.4a, 1203.41, 1203.42 o 1203.425 del Código Penal, o una desestimación o eliminación comparable.
 - ii. Sentencias condenatorias por las que la persona haya obtenido un certificado de rehabilitación en virtud del capítulo 3.5 (a partir de la Sección 4852.01) del Título 6 de la Parte 3 del Código Penal;
 - iii. Sentencias condenatorias por las que la persona ha recibido clemencia o indulto de un ejecutivo estatal o federal;
 - iv. Una detención que dio lugar a una disposición distinta de una condena, incluida una infracción o una citación;
 - v. Sentencias condenatorias dictadas por el tribunal de menores; o,
 - vi. Condenas en virtud del artículo 11357 del Código de Salud y Seguridad de California, o del artículo 11360(b) que tengan dos años o más.
- b. Pregunta # 2 - NOTA: A efectos de esta solicitud, por "disciplinado" se entenderá suspendido, revocado, puesto a prueba, reprobación pública, amonestación o cualquier otra forma de

restricción impuesta a cualquier otra licencia, registro, certificación o permiso que el solicitante haya tenido o tenga en la actualidad. El solicitante no estará obligado a revelar ninguna sanción disciplinaria fundamentada en una sentencia condenatoria que haya sido sobreseída en virtud de las secciones 1203.4, 1203.4a, 1203.41, 1203.42 o 1203.425 del Código Penal, o de una sentencia análoga de sobreseimiento o eliminación de antecedentes penales.

- c. Pregunta # 6 - NOTA: "Evidencia" incluirá:
- i. Formulario I-94, registro de llegada/salida, con un código de clase de admisión como "re" (refugiado) o "ay" (asilado) u otra información que designe a la persona como refugiado o asilado.
 - ii. Visado especial de inmigrante que incluye "si" o "sq".
 - iii. Tarjeta de residente permanente (formulario I-551), comúnmente conocida como "green card", con una designación de categoría que indica que la persona fue admitida como refugiado o asilado.
 - iv. Una orden de un tribunal de jurisdicción competente u otras pruebas documentales que ofrezcan garantías razonables a la Junta de que el solicitante cumple los requisitos para obtener la licencia acelerada según la sección 135.4 del Código de Empresas y Profesiones.

SECCIÓN 3 - CERTIFICACIÓN FINAL

13. QUIÉN DEBE FIRMAR EL FORMULARIO (SEGÚN PROCEDA):

- a. TITULAR ÚNICO / PROPIETARIO INDIVIDUAL
- b. Si es una Sociedad
 - i. TODOS los Socios
- c. Si es una Corporación
 - i. Representante(es) Autorizado(s): Se trata de la persona o personas autorizadas para completar la solicitud en nombre de la corporación.

Aviso a los Solicitantes

Esta solicitud debe ir acompañada de una tarifa de \$50 de solicitud no reembolsable. Además, la Junta requiere la inspección inicial y la tarifa de licencia de \$100 a presentar con esta solicitud o la solicitud se considerará incompleta. Si se determina que la solicitud está incompleta y el solicitante no la completa en el plazo de un año desde su presentación, la Junta le devolverá al solicitante la tarifa inicial de inspección y licencia una vez que dicho plazo de un año haya expirado.

TABLA DE TARIFAS DE SOLICITUD DE UNIDAD MÓVIL

TIPO DE TARIFA	IMPORTE DE LA TARIFA
Tarifa de Solicitud (no reembolsable)	\$50
Tarifa de inspección inicial y licencia	\$100
Tarifa de Renovación	\$40
Tarifa por Morosidad	\$20

RECOPIACIÓN, 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 N. Market Blvd., Suite 202, Sacramento, CA 95834

DIRECCIÓN DE INTERNET: www.barbercosmo.ca.gov

NÚMEROS DE TELÉFONO Y FAX: Teléfono: (916) 574-7570 Fax: (916) 575-7281

AUTORIDAD QUE APRUEBA EL MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN: BPC Secciones 30, 31, 494.5, 7355, 7357, y 7358 y Sección 937 del CCR.

CONSECUENCIAS DE NO FACILITAR TODA O PARTE DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA: Es obligatorio que facilite toda la información solicitada. La omisión de cualquiera de los datos solicitados dará lugar al rechazo de la solicitud por considerarla incompleta.

FINALIDAD PRINCIPAL PARA LA QUE SE UTILIZARÁ LA INFORMACIÓN: La información solicitada se utilizará para determinar las competencias necesarias para obtener la licencia y para establecer una identificación positiva. Toda persona tiene derecho a revisar sus expedientes o los registros que esta agencia mantiene sobre ella, a menos que los registros estén exentos en virtud del artículo 1798.40 del Código Civil de California.

CUALQUIER DIVULGACIÓN CONOCIDA O PREVISIBLE QUE PUEDA HACERSE DE LA INFORMACIÓN: Su solicitud completada pasa a ser propiedad de la Junta y será utilizada por el personal autorizado para determinar su elegibilidad para una licencia. La información sobre su solicitud puede transferirse a otras agencias gubernamentales o policiales. De conformidad con la Ley de Registros Públicos de California (Cód. de Gob., §§ 7920.000 et seq.) y la Ley de Prácticas de Información (Cód. Civil, § 1798.61), si se aprueba la solicitud y se concede la licencia, el nombre personal o comercial del solicitante y los datos de dirección introducidos en el formulario(s) adjunto(s) pasarán a ser información pública sujeta a divulgación. Sin embargo, además del nombre y la dirección, excepto el SSN, ITIN o FEIN, otra información proporcionada en este formulario puede ser revelada a un miembro del público, previa solicitud, en virtud de la Ley de Registros Públicos de California o en virtud de una orden judicial o comparecencia.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE (SSN/ITIN): La divulgación de su número de seguro social o de identificación del contribuyente es obligatoria. La Sección 30 del Código de Empresas y Profesiones y la Ley Pública 94-455 [42 U.S.C.A. Sección 405(c)(2)(C)] autorizan la recopilación de su número de seguridad social o número de identificación del contribuyente. Su número de seguro social o número de identificación del contribuyente se utilizará exclusivamente para fines de aplicación de impuestos, para fines de cumplimiento de cualquier sentencia u orden de manutención familiar de conformidad con la sección 17520 del Código de Familia, o para la verificación de la licencia o examen y cuando la licencia sea recíproca 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.

AVISO DE DIVULGACIÓN DE OBLIGACIONES FISCALES: En virtud de las secciones 31 y 494.5 del BPC, el Departamento de Administración de Impuestos y Tarifas de California (CDTFA, por sus siglas en inglés) y la Junta de Impuestos de Franquicia (FTB, por sus siglas en inglés) pueden compartir información de los contribuyentes con la Junta. Usted tiene la obligación de pagar los impuestos estatales. Esta solicitud puede ser denegada, o su licencia puede ser suspendida si usted tiene una obligación tributaria estatal, y la obligación tributaria estatal no ha sido pagada, y su nombre aparece ya sea en la lista certificada del CDTFA o de la FTB de los 500 principales morosos de impuestos.



(1008) SOLICITUD DE LICENCIA PARA UNIDAD MÓVIL
(\$50 de Tarifa de Solicitud No Reembolsable y \$100 de Tarifa de Licencia e Inspección)

Cajero (1020) Uso exclusivo:	Entidad #:	Recibo #:	Importe: \$
-------------------------------------	-------------------	------------------	--------------------

Cumplo con los requisitos para la tramitación acelerada de la solicitud en función de uno de los criterios que se indican a continuación:

- Miembro en servicio activo de un componente regular de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos inscrito en el programa SkillBridge del Departamento de Defensa de los Estados Unidos.
- Prestó servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y fue dado de baja con honores.
- Ha sido admitido en Estados Unidos como Refugiado, se le ha Concedido Asilo o tiene un Visado Especial de Inmigrante

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE/PROPIETARIO

Nombre legal completo del Solicitante/Propietario de la Unidad Móvil

Apellido <i>(en letra de imprenta legible)</i>		Nombre		Segundo Nombre	
Dirección de la base permanente desde la que operará la Unidad Móvil		Apto./Suite	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre de la Unidad Móvil

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="text"/>	Dirección de correo electrónico (opcional)
Nombre de la Persona de Contacto para esta Solicitud:	Número de teléfono (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/>

SECCIÓN B: EMPLEADO/FUNCIONARIO RESPONSABLE DE CONDUCIR LA UNIDAD MÓVIL

Nombre completo del operador/conductor	Número de licencia de conducir de California <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

SECCIÓN C: FORMULARIO DE ORGANIZACIÓN COMERCIAL - Seleccione UNA opción de propiedad a continuación y complete esa sección.

- PROPIEDAD ÚNICA / PROPIETARIO INDIVIDUAL ASOCIACIÓN CORPORACIÓN

PROPIEDAD ÚNICA / PROPIETARIO INDIVIDUAL

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Número de Seguro Social/Identificación Individual del Contribuyente <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"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes Día Año	

ASOCIACIÓN

Número de Identificación Federal del Empleador

<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

Fecha de Nacimiento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año					

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año					

CORPORACIÓN

Nombre de la Corporación

Número de Registro de Entidad Corporativa de la Secretaría de Estado

<input type="text"/>																				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Título del
Funcionario Corp.

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Número de Seguro Social/ITIN del Funcionario Corp.

Fecha de Nacimiento del Funcionario Corp.

<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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año					

Título del
Funcionario Corp.

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Número de Seguro Social/ITIN del Funcionario Corp.

Fecha de Nacimiento del Funcionario Corp.

<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="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año					

Título del
Funcionario Corp.

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Número de Seguro Social/ITIN del Funcionario Corp.

Fecha de Nacimiento del Funcionario Corp.

<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="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año					

Título del
Funcionario Corp.

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Número de Seguro Social/ITIN del Funcionario Corp.

Fecha de Nacimiento del Funcionario Corp.

<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="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año					

SECCIÓN D: INFORMACIÓN DE REFERENCIA - Marque SÍ o NO para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿Ha sido condenado alguna vez el solicitante, algún socio o funcionario de control de la sociedad o corporación por algún delito o infracción por el que se pueda denegar una licencia de conformidad con el artículo 480 del CNP, incluyendo:

- a. Una condena penal por un delito grave en virtud de la sección 1192.7 del Código Penal;
- b. Una condena penal tipificada como delito registrable en la sección 290(d)(2) o (d)(3) del Código Penal;
- c. Una condena penal que se haya impuesto en los últimos siete (7) años anteriores a la fecha de solicitud;
- d. Una condena penal por la que el solicitante o el funcionario de control esté actualmente encarcelado; o,
- e. ¿Alguna sentencia condenatoria por la que el solicitante o el funcionario de control haya sido puesto en libertad en los siete (7) años anteriores?

Sí No

**En caso AFIRMATIVO, el solicitante adjuntará documentos o una declaración escrita en hoja(s) aparte que contenga la siguiente información, según proceda:*

- (A) fecha de la declaración de culpabilidad/condena,
- (B) fecha de encarcelamiento,
- (C) fecha de puesta en libertad,
- (D) fecha de probatorio/puesta en libertad condicional,
- (E) organismo que efectúa la detención,
- (F) nombre del tribunal/ubicación,
- (G) nombre del caso y número de caso/expediente,
- (H) lista de códigos o leyes infringidos,
- (I) explicación del(los) delito(s)/detalles del(los) delito(s), y,
- (J) una declaración de cualquier esfuerzo de rehabilitación o información atenuante que el solicitante desee presentar.

2. En los siete (7) años anteriores a la fecha de la solicitud, ¿ha tenido el solicitante, algún socio o funcionario de control de la empresa una licencia, permiso, registro o certificación ("licencia") que haya sido formalmente sancionada por una junta de licencias dentro o fuera de California?

**En caso AFIRMATIVO, el solicitante deberá adjuntar copias de la decisión disciplinaria adoptada por la junta, agencia u otra organización gubernamental encargada de conceder licencias ("junta") que contengan la siguiente información:*

- (A) el tipo de medida disciplinaria adoptada (por ejemplo, revocación, suspensión, libertad condicional),
- (B) la fecha efectiva de la medida disciplinaria,
- (C) el tipo de licencia,
- (D) el número de la licencia,
- (E) el nombre y la ubicación de la junta de concesión de licencias, y
- (F) una explicación de las violaciones constatadas por la junta de licencias.

Sí No

Además, el solicitante puede presentar una declaración o documentos que demuestren los esfuerzos de rehabilitación del solicitante o cualquier información que atenúe la situación y que el solicitante desee que la Junta tenga en cuenta.

<p>3. ¿Es titular el solicitante de alguna(s) licencia(s) profesional(es) o vocacional(es) concedida(s) por una Junta de California?</p> <p><i>*En caso afirmativo, indique aquí el Número(s) de Licencia, el Tipo de Licencia y el Nombre de la Junta de California que la emite:</i></p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. ¿Está sirviendo o ha servido anteriormente en el Ejército de los Estados Unidos? (artículo 114.5 del CNP)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>5. Si su respuesta a la pregunta N° 4 es "Sí", solicita que se acelere la tramitación de esta solicitud para:</p> <p>a. ¿Miembro en servicio activo de un componente regular de las Fuerzas Armadas de EE.UU. inscrito en el programa SkillBridge del Departamento de Defensa de EE.UU.? (artículo 115.4(b) del CNP)</p> <p><i>*En caso AFIRMATIVO, adjunte una copia de un documento escrito de aprobación o una carta de su respectivo cuerpo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (Ejército de Tierra, Armada, Fuerzas Aéreas, Cuerpo de Marines, Fuerzas Espaciales o Guardacostas) firmada por el oficial al mando de primer grado de campo del solicitante en la que se especifique el nombre del solicitante, la oportunidad SkillBridge aprobada y la duración especificada de la participación (es decir, las fechas de inicio y finalización).</i></p> <p>b. ¿Ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE.UU. y ha sido dado de baja con honores? (artículo 115.4(a) del CNP)</p> <p><i>*En caso AFIRMATIVO, adjunte una copia de su servicio militar anterior (DD214 - Certificado de Liberación o Baja del Servicio Activo, u órdenes militares actuales) para la revisión acelerada de su solicitud.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>6. ¿Se aplica a usted alguna de las siguientes afirmaciones?:</p> <p>a. Usted fue admitido en los Estados Unidos como refugiado en virtud de la sección 1157 del Título 8 del Código de los Estados Unidos,</p> <p>b. La Secretaría de Seguridad Nacional o el Fiscal General de Estados Unidos le han concedido asilo en virtud de la sección 1158 del Título 8 del Código de Estados Unidos; o,</p> <p>c. Es usted titular de un visado especial de inmigrante y se le concedió un estatus de conformidad con la sección 1244 de la Ley Pública 110-181, la Ley Pública 109 -163 o la sección 602 (b) del Título VI de la División F de la Ley Pública 111-8 [relativa a los traductores/intérpretes iraquíes y afganos de los que trabajaron para o en nombre del Gobierno de Estados Unidos].</p> <p><i>*En caso AFIRMATIVO, deberá adjuntar pruebas de su condición de refugiado, asilado o titular de un visado especial de inmigrante, tal como se indica en la página de instrucciones anterior. No hacerlo puede resultar en retrasos en la tramitación de la solicitud.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>7. ¿Está proporcionando un plano de planta detallado con esta solicitud que muestra la disposición y las dimensiones de la unidad móvil y la ubicación de puertas, ventanas, baños, lavabos, ascensor o rampas, ventilación y otros equipos necesarios de conformidad con las normas de salud y seguridad de la Junta en el artículo 12 de la División 9 del CCR (a partir de la Sección 977)?</p> <p><i>*En caso AFIRMATIVO, sírvase presentar una copia del plano de planta con esta solicitud.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

8. ¿Dispone la unidad móvil del equipo necesario de conformidad con las normativas sobre unidades móviles de la Junta en el Artículo 5 de la División 9 del CCR (a partir de la Sección 937(c))?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Proporciona con esta solicitud un comprobante de compra (cheque cancelado o recibo de la transacción que demuestre la compra de la unidad móvil por el solicitante o su representante autorizado) o de alquiler (copia del contrato de alquiler entre el solicitante y el propietario de la unidad móvil) de la unidad móvil? <i>*En caso AFIRMATIVO, sírvase presentar una copia de la prueba de compra o alquiler, según proceda, junto con esta solicitud.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Dispone la unidad móvil de suministro propio de agua potable (si se ofrecen servicios de lavado con champú)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Dispone la unidad móvil de depósitos de agua caliente continua a demanda cuya capacidad no será inferior a seis galones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Dispone la unidad móvil de ventilación adecuada (que incluya al menos una ventana que pueda abrirse y un ventilador eléctrico)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN E: CERTIFICACIÓN FINAL

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del Estado de California que estoy autorizado a firmar esta solicitud en nombre del solicitante, que he leído esta solicitud y la información proporcionada en ella junto con cualquier documento adjunto, y que lo anterior y todos los anexos son auténticos y correctos.

Al firmar esta solicitud, reconozco además haber recibido notificación de lo siguiente:

la sección 7359 del CNP establece:

"Es ilegal que cualquier persona, empresa o corporación contrate, emplee, permita que se emplee o permita trabajar, en o alrededor de una unidad móvil, a cualquier persona que realice o practique cualquier ocupación regulada por este capítulo que no esté debidamente autorizada por la junta. Cualquier persona que viole esta sección es culpable de un delito menor."

Quién debe firmar este formulario: Propietario individual, o si se trata de una Asociación - todos los socios, o si se trata de una Corporación - representante(s) autorizado(s).

Firma	Nombre en letra de molde	Cargo	Fecha (mes/día/año)
Firma	Nombre en letra de molde	Cargo	Fecha (mes/día/año)
Firma	Nombre en letra de molde	Cargo	Fecha (mes/día/año)
Firma	Nombre en letra de molde	Cargo	Fecha (mes/día/año)