



**(1011) 보증에 의한 면허증
신청
(상호호혜인정)**

면허증 프로그램
P.O. Box 944226
Sacramento, CA 94244-2260
전화: (800) 952-5210

이메일:
barbercosmo@dca.ca.gov

www.barbercosmo.ca.gov

수납원 (1011) 전용:	업체 #	영수증 #	금액 \$
다음 종류의 면허증을 신청합니다: (환불 불가)			
<input type="checkbox"/> 이발사 (1001) \$50	<input type="checkbox"/> 미용사 (1002) \$50	<input type="checkbox"/> 전기분해요법사 (1003) \$50	<input type="checkbox"/> 피부관리사 (1004) \$40
<input type="checkbox"/> 매니큐어사 (1005) \$35	<input type="checkbox"/> 헤어스타일리스트 (1006) \$50		
<p>본인은 아래 기준 중 하나에 따라 신속한 신청 처리 및/또는 면허증수수료 면제 자격이 있습니다: 신청서와 함께 충분한 증빙 자료를 제출해야 합니다. 자세한 내용은 섹션 B를 참조하십시오.</p> <input type="checkbox"/> 미군 또는 주 방위군에서 명예 제대한 퇴역 군인 <input type="checkbox"/> 현역 군인과 결혼했거나 현역 군인과 동거 관계에 있습니다 <input type="checkbox"/> 난민, 망명 허가, 특별 이민 비자로 미국에 입국했습니다			
항목 A: 신청자 정보			
사회보장번호 또는 개인 납세자 식별 번호 <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"/>			
생년월일(월/일/년)상 최소 17세 이상이어야 합니다 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
성	이름	중간 이름	
과거에 사용했던 다른 이름들이 있으면 모두 작성하십시오:			
주소(모든 서신은 여기로 발송됩니다)			아파트 번호
시	주	우편번호	

휴대전화 번호

□□□□-□□□□-□□□□□□

전화번호
□

이메일 주소

이메일
주소
□

항목 A: 신청자 정보 계속

(선택 사항) 선호하는 구사 언어([사업체 및 전문직법 7314](#))는 무엇입니까?

B&P 법
7314
언어 요건
□

항목 B: 배경 정보

1.	<p>미국, 주, 지역 관할권 또는 외국의 법률 위반으로 유죄 판결을 받았거나 이에 대해 이의를 제기하지 않기로 서약한 적이 있습니까?</p> <p>'예'인 경우 형사 탄원/유죄 판결에 관한 공개 진술서(Disclosure Statement Regarding Criminal Pleas/Convictions) 양식을 작성하여 첨부하십시오. 필요한 경우 위원회에서 추가 정보를 요청할 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p>
2.	<p>본 주 또는 다른 주 또는 외국의 정부 당국으로부터 전문직 또는 직업 면허 또는 신청이 거부, 정지, 취소, 집행 유예 또는 기타 징계 조치를 받은 적이 있습니까?</p> <p>'예'인 경우 징계 조치에 관한 공개 진술서(Disclosure Statement Regarding Disciplinary Action) 양식을 작성하여 첨부하십시오. 필요한 경우 위원회에서 추가 정보를 요청할 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p>
3.	<p>어떤 것이든지 캘리포니아 위원회의 면허증을 보유하고 있습니까?</p> <p>'예'인 경우 면허증 번호를 기입하십시오: _____</p> <p>다른 면허증의 이름이 이 신청서의 이름과 일치하지 않는 경우, 이 신청서와 함께 필요한 서류를 첨부하여 이름 변경 양식을 제출하십시오.</p>	<p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p>
4.	<p>난민으로 미국에 입국했거나, 망명 허가를 받았거나, 특별 이민 비자 신분을 가지고 있습니까?</p> <p>'예'인 경우 정확한 신분 상태를 확인할 수 있는 문서 사본을 첨부하십시오.</p>	<p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p>

유죄판결 문서
□

징계 조치
문서
□

CA 면허증
□

□ 망명/난민
문서

5.	<p>현역 군인으로 복무하고 미군에서 명예 제대했거나 현재 군 복무 중이며 이 신청서의 신속 처리를 요청하는 중이신가요?</p> <p>'예'인 경우 DD214, 전역 서류 또는 현재 명령서 사본을 첨부하십시오.</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<p>현역 입증 문서 <input type="checkbox"/></p> <p>현역 배우자 입증 문서 <input type="checkbox"/></p>
6.	<p>현역 군인의 배우자 또는 등록된 동거 관계인으로서 이 신청서를 신속히 처리하고 면허증 수수료 면제를 원하십니까?</p> <p>해당되는 경우 결혼 또는 동거 증명서 사본, 배우자 또는 동거인의 현재 군인 신분증 사본, 현역 신분 확인서, 미국의 다른 주, 지역 또는 자치령에서 면허를 취득했음을 증명하는 서류 등을 첨부하십시오.</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

항목 C: 자격 요건

아래 자격 요건을 확인하고 자격 옆의 공란에 이니셜을 입력하십시오. 모든 자격은 상호호혜인정을 통한 면허증 취득을 위해 필수입니다. 현재 보유하고 있는 면허증 종류와 동일한 종류의 면허증에 대해서만 상호호혜인정을 신청할 수 있습니다.

_____ 다른 주에서 현재 동일한 면허를 보유하고 있습니다. (플로리다 풀 페이스(Florida Full, Facial), 네일 전문가 면허는 상호호혜인정 적용 대상이 아닙니다.)

면허증 정보:
주 _____ 유형 _____ 면허증 # _____ 발행일자 _____ 만료일자 _____

_____ 본인의 면허는 취소, 정지 또는 기타 제한을 받지 않았으며 징계나 형사 유죄 판결을 받은 적이 없습니다.

_____ 위의 주에서 캘리포니아 위원회에 직접 보낼 수 있도록 면허 증명서를 요청했습니다.

항목 D: 신청자 증명

본인은 이발미용업위원회에서 제공하는 정보인 **근로자의 권리 알기**를 읽고 이해했음을 증명합니다:
https://www.barbercosmo.ca.gov/consumers/workers_rights.shtml. 본인은 캘리포니아에서 이 직업과 관련된 법률 및 규정을 읽고 이해했습니다: https://www.barbercosmo.ca.gov/laws_regs/index.shtml. 본인은 캘리포니아주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 본 신청서와 관련하여 제공한 모든 진술이 진실하고 정확함을 증명합니다.

서명 _____ 날짜 _____

정보의 수집, 이용 및 공개

***이 내용은 참고용입니다.** 민법 제1798.17절 정보 관행법에 따라 개인으로부터 정보를 수집할 때 다음 정보를 제공해야 합니다.

기관의 이름: 이발 및 미용 위원회

정보 유지관리 책임자의 직위: 집행 담당관

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

인터넷 주소: www.barbercosmo.ca.gov

전화: (916) 574-7570

정보의 유지관리를 승인하는 법적 근거: 캘리포니아 사업체 및 직업법 제10장 제3절에 포함된 7300~7457항을 포함.

요청된 정보의 전부 또는 일부를 제공하지 않을 경우의 결과: 신청자는 요청받은 모든 정보를 제공할 의무가 있습니다. 요청받은 정보 항목을 누락하면 신청이 불완전한 것으로 간주되어 거부될 수 있습니다.

정보 사용의 주요 목적: 요청된 정보는 법률의 그룹 및 기업 관행 조항을 준수하는지 확인하고 신원 확인을 위해 면허 또는 인증 자격을 결정하는 데 사용됩니다.

알고 있거나 예측 가능한 정보의 공개: 귀하의 작성된 신청서는 위원회의 자산이 되며 승인된 담당자가 면허의 자격을 결정하는 데 사용됩니다. 귀하의 신청서에 기재된 정보는 다른 정부 기관 또는 법 집행 기관에 전송될 수 있습니다. 캘리포니아 공공기록법 (정부 법 6250항 외.) 및 정보 관행법에 따라 (민법 1798.61항), 면허 또는 등록증을 소지한 사람의 이름과 주소는 법률에 따라 특별히 공개가 면제되는 경우를 제외하고는 해당 부서에서 공개할 수 있습니다.

따라서 첨부된 양식에 입력한 개인 이름 및 주소 정보는 공개 대상인 공개 정보가 될 수 있습니다.

사회보장번호(SSN): 사회보장번호 공개는 필수입니다. 사업체 및 전문직 법 제30절 및 공법 94-455[42 U.S.C.A. 제405절 (c)(2)(C)]는 귀하의 사회보장번호의 수집을 승인합니다. 귀하의 사회보장번호는 세금 집행 목적, 가족법 제17520절에 따른 가족 부양에 대한 판결 또는 명령의 준수 목적, 면허 또는 시험의 확인 및 면허가 요청하는 주와 상호 교환되는 경우의 확인 목적으로만 사용됩니다. 사회보장번호를 공개하지 않으면 가맹점 세금 위원회에 신고되며, 가맹점 세금 위원회에서 \$100의 벌금을 부과할 수 있습니다.

AB 1424: 2012년 7월 1일부터 주 평등위원회와 프랜차이즈 세금 위원회는 납세자 정보를 위원회와 공유할 수 있습니다. 귀하는 주정부 세금 의무를 납부해야 하며, 주정부 세금 의무를 납부하지 않을 경우 면허증이 정지될 수 있습니다.