

SOLICITUD DE ADAPTACIONES RAZONABLES

Entidad/Expediente número *(solo para uso oficial)*

A fin de disponer las adaptaciones requeridas, es necesario que se presenten las solicitudes y la documentación de respaldo ante la Junta de Peluquería y Cosmetología (la Junta) tan pronto como sea posible, para evitar demoras en la programación de la fecha del examen.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Número de Seguro Social o de Identificación Tributaria Individual				Fecha de nacimiento (debe ser mayor de 17 años)				
<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				Primer nombre			Segundo nombre	
Dirección				Ciudad		Estado	Código postal	
Número de teléfono (donde ubicarlo durante el día)					Dirección de correo electrónico			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SECCIÓN B: REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE ADAPTACIONES ESPECIALES

Según el Código de Normas de California, art. 931(i), las personas discapacitadas tienen derecho a acceder a toda clase de exámenes en igualdad de condiciones que las personas no discapacitadas. Asimismo, se les brindarán adaptaciones razonables a todas aquellas personas que presenten documentación certificada por un médico. Si su solicitud implica la modificación de algún procedimiento de examen, será necesario que el personal examinador converse con usted sobre sus necesidades específicas. Por lo tanto, es importante poder ubicarlo durante el día en el número de teléfono antes indicado. Si su solicitud **no** implica la modificación de algún procedimiento de examen y se limita al acceso o espacio para una silla de ruedas, o a necesidades especiales de asiento o equipamiento, no será necesaria la verificación profesional.

El profesional con licencia que efectuó el diagnóstico deberá entregar la siguiente información. La verificación debe ser presentada ante la Junta en papel con membrete del profesional con licencia, e incluirá lo siguiente:

- Nombre, cargo y número de teléfono del profesional con licencia que efectuó el diagnóstico.
- Descripción de la discapacidad y las limitaciones relacionadas con el examen.
- Adaptación o modificación recomendada.
- Firma original del profesional con licencia que efectuó el diagnóstico.
- Licencia profesional o número de certificación de la autoridad médica o del profesional con licencia que efectuó el diagnóstico.

SECCIÓN C: ADAPTACIONES SOLICITADAS

Verifique las adaptaciones especiales requeridas (la solicitud debe coincidir con la certificación de la autoridad médica o del profesional con licencia que efectuó el diagnóstico y con la documentación de respaldo). La Junta proporcionará un lector o intérprete de ASL.

- Lector
- Intérprete de Lengua de Señas Americano (ASL, por sus siglas en inglés)
- Habitación privada
- Tiempo adicional 1 (una) hora adicional 1/2 (media) hora adicional
- Acceso o espacio para silla de ruedas, necesidades especiales de asiento o equipamiento
- Favor de especificar: _____

Describa la naturaleza de su discapacidad:

SECCIÓN D: VERIFICACIÓN MÉDICA

- A. Indique su diagnóstico de la discapacidad del solicitante. Adjunte la documentación que sea útil para comprobar la necesidad de la adaptación solicitada. La documentación debe incluir la verificación del examen para identificar la deficiencia de aprendizaje específica.
- B. ¿La adaptación solicitada brinda la asistencia adecuada para esta discapacidad, lo que posiblemente aumente la capacidad del candidato de demostrar con precisión su conocimiento y aptitudes en este examen? SÍ NO

Si su respuesta es NO, especifique la adaptación recomendada:

Firma del profesional

Fecha

Aclaración en letra de imprenta

()

Número de teléfono

SECCIÓN E: VERIFICACIÓN

SOLICITANTES QUE REQUIEREN UNA NUEVA VERIFICACIÓN (sin solicitud previa):

Comuníquese con la autoridad médica o al profesional con licencia que efectuó el diagnóstico. Pídale que complete la sección VERIFICACIÓN MÉDICA de este formulario y entregue la información antes indicada.

¿La Junta le ha aprobado previamente algún tipo de adaptación razonable? SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, indique el número de expediente (si lo conoce): _____ y la fecha del examen anterior (si la conoce) _____

SECCIÓN F: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Por el presente certifico que he leído y comprendo la información, "Understanding Workers' Rights and Responsibilities" (Comprender los derechos y las responsabilidades de los trabajadores), disponible en www.barbercosmo.ca.gov. Por el presente certifico que he leído y comprendo las leyes y normas aplicables a esta profesión en California. Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que todas las afirmaciones incluidas en este formulario son correctas y precisas.

Firma del solicitante

Fecha

En cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), Ley Pública 101-336, la Junta de Peluquería y Cosmetología (la Junta) provee "adaptaciones razonables" a los solicitantes cuyas discapacidades puedan afectar su capacidad de realizar los examen requeridos. Es responsabilidad del solicitante notificar a la Junta si necesita algún tipo de adaptación razonable. La ADA no le exige a la Junta brindar adaptaciones si no se le informan sus necesidades. La información solicitada a continuación y la documentación relativa a su discapacidad serán consideradas información estrictamente confidencial y no se compartirán con fuentes externas sin su expreso consentimiento por escrito.

RECOPIACIÓN, ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La Ley de Prácticas de la Información, art. 1798.17 del Código Civil, exige los siguientes datos cuando se recopila información de personas físicas.

NOMBRE DE LA ENTIDAD

Board of Barbering and Cosmetology (Junta de Peluquería y Cosmetología)

CARGO DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Oficial ejecutivo

DIRECCIÓN

2420 Del Paso Road, Suite 100, Sacramento, CA 95834

DIRECCIÓN DE INTERNET

www.barbercosmo.ca.gov

NÚMEROS DE TELÉFONO Y FAX

(916) 574-7570 teléfono (916) 575-7281 fax

AUTORIDAD QUE AUTORIZA EL MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los art. 7300 a 7457, inclusive, que comprenden el Capítulo 10, División 3 del Código de Negocios y Profesiones de California.

CONSECUENCIAS DE NO PRESENTAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE

Es obligatorio presentar toda la información solicitada. Si usted omite alguna parte de la información, se rechazará la solicitud por estar incompleta.

OBJETIVO PRINCIPAL DEL USO DE LA INFORMACIÓN

La información solicitada se utilizará para determinar si el solicitante reúne los requisitos para obtener la licencia o certificación, para determinar el cumplimiento de las disposiciones de prácticas corporativas y grupales de la ley, y para establecer una identificación positiva.

POSIBLE DIVULGACIÓN CONOCIDA O PREVISTA DE LA INFORMACIÓN

Su solicitud completa pasa a ser propiedad de la Junta, y será utilizada por el personal autorizado para determinar si usted reúne los requisitos para obtener una licencia o certificación. Se podrá transmitir información relativa a su solicitud a otras agencias gubernamentales o entidades a cargo del cumplimiento de la ley. De conformidad con la Ley de Registros Públicos de California (California Public Records Act) (art. 6250 y siguientes del Código de Gobierno) y la Ley de Prácticas de la Información (art. 1798.61 del Código Civil), los nombres y las direcciones de las personas que posean una licencia o inscripción podrán ser divulgados por el departamento salvo que la ley los exima específicamente. **Por lo tanto, su nombre y la dirección indicada en el/los formulario/s adjunto/s podrán convertirse en información de dominio público sujeta a divulgación.**

DIVULGACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA INDIVIDUAL (ITIN)

La divulgación de su SSN o ITIN es obligatoria. El art. 30 del Código de Negocios y Profesiones y la Ley Pública 94-455 [42 U.S.C.A. art. 405(c)(2)(C)] autorizan la recopilación de su SSN o ITIN. Su SSN o ITIN se utilizarán exclusivamente con el fin de cumplir con las leyes tributarias, con el fin de cumplir con sentencias u órdenes de manutención familiar, de conformidad con el art. 17520 del Código de Familia, o para verificar el otorgamiento de la licencia o el examen, y donde el otorgamiento de la licencia sea recíproco con el estado solicitante. En caso de que usted no dé a conocer su SSN o ITIN, será denunciado ante la Franchise Tax Board, que podría aplicarle una multa de \$100.

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

A partir del 1.º de julio de 2012, la Board of Equalization del Estado y la Franchise Tax Board pueden compartir información de los contribuyentes con la Junta. Usted debe pagar sus impuestos estatales, y se le podrá suspender la licencia en caso de no cumplir con esta obligación.