

**SOLICITUD DE CAROLINA DEL NORTE
PARA LA CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE PLOMO**

****ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE Y CON PLUMA****

NOMBRE: _____ SI ES RENOVACIÓN – NÚMERO DE CERTIFICACIÓN: _____
(NOMBRE Y PRIMER APELLIDO)

DIRECCIÓN DEL APLICANTE (INCLUIR NÚMERO DE DEPARTAMENTO SI APLICA):

NÚMERO Y CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: (____) _____ SEXO (M/F): _____

FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO): (____/____/____) ALTURA (EN PIES Y PULGADAS): _____ PESO (EN LIBRAS): _____

CATEGORIA DE CERTIFICACIÓN: Trabajador - \$50 INICIAL RENOVACIÓN

DUPLICADO DE LA TARJETA: \$15

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA PARA LA QUE TRABAJA: _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA: (____) _____

NOMBRE DE LA ESCUELA DONDE TOMO EL ÚLTIMO CURSO DE CAPACITACIÓN: _____

NOMBRE DEL CURSO: _____ FECHA(S) DEL CURSO DE CAPACITACIÓN: _____

JURAMENTO

Juro que he leído y comprendido esta solicitud y que toda la información que he proporcionado es correcta a mi mejor entender. Comprendo que cualquier acreditación otorgada será sujeta a revocación si fue basada en información errónea o incompleta que afecte la decisión de certificación. (N.C.G.S. §130A-23)

FIRMA ORIGINAL DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

*****NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN** USO SOLAMENTE DEL DEPARTAMENTO*****

CERTIFICATION NUMBER: _____

EXPIRATION DATE: _____

CHECK NUMBER/M.O. NUMBER: _____

AMOUNT PAID: _____

EXAM DATE: _____

DATE: _____

APPROVING SIGNATURE: _____

PARA CORREO REGULAR:
Health Hazards Control Unit
NC DHHS-Division of Public Health
1912 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1912

PARA SERVICIO EXPRES QUE NO SEA US MAIL:
Health Hazards Control Unit
NC DHHS-Division of Public Health
5505 Six Forks Road, 2nd Floor, Room D-1
Raleigh, NC 27609

INSTRUCCIONES

PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE PLOMO

PROPÓSITO

La solicitud para Carolina del Norte debe ser enviada para recibir el número de certificación de Carolina del Norte y la tarjeta de identificación para trabajador, por las reglas 10A NCAC 41C .0800, del Programa de control de peligros de la pintura a base de plomo (Actividades de reducción). Si perdió o robaron su identificación de certificación de Carolina del Norte, contacte a la unidad de control de peligros (HHCU por sus siglas en inglés) inmediatamente.

PREPARACIÓN

Toda la información debe ser completada por el solicitante y esta solicitud debe ser llenada completamente, a computadora o con pluma. No se aceptara si es llenada con lápiz.

INSTRUCCIONES

Escriba su nombre completo, dirección, ciudad, estado, código postal como quiere que aparezca en la tarjeta de identificación. El número de teléfono debe ser completado con el código de área. Escriba su fecha de nacimiento (mes/día/año), sexo (masculino/femenino), altura (en pies y pulgadas) y peso (en libras). Escriba una dirección de correo electrónico en caso que aplique. El Departamento del Trabajo, Horas y Salarios de Carolina del Norte considera que el trabajo que involucra pintura a base de plomo es peligroso para la salud de los jóvenes. Las acreditaciones no serán emitidas a individuos menores de 18 años de edad. Cada solicitante debe indicar su fecha de nacimiento correcta en la solicitud.

Seleccione la disciplina para la cual desea ser certificado (**Trabajador**). Escriba su número de certificación en caso que este aplicando para renovación. El costo de la certificación para trabajador es de \$50.00. El costo por el duplicado de la tarjeta es de \$15.00.

Seleccione el nombre de su empleador, dirección, ciudad, estado, código postal, teléfono y los números de fax, incluyendo los códigos de área.

Seleccione el nombre del Proveedor con el cual tomo su último curso de capacitación, así como el nombre del curso que corresponda con la certificación que está solicitando. Escriba las fechas en las que atendió a dicho curso.

Lea el JURAMENTO cuidadosamente. En caso de falsificación de certificado o existencia de información incorrecta, la certificación puede ser revocada. La solicitud debe ser firmada y fechada directamente por el solicitante. Se requiere la firma original. No se aceptan faxes.

Para cada renovación de certificación, envíe la solicitud completa, el certificado del curso repaso original, una fotografía (ver más adelante), y la cuota apropiada.

REQUISITOS DE CAPACITACION Y DOCUMENTACION REQUERIDA

Por la regla 10^a NCAC 41C .0802, un individuo que está solicitando la certificación por primera vez debe haber completado satisfactoriamente un curso de capacitación con un proveedor acreditado dentro de un periodo no mayor a 12 meses después de haber enviado la solicitud, o en caso de que la capacitación haya sido completada hace más de 12 meses antes de enviar la solicitud, el solicitante debe haber completado satisfactoriamente el curso de repaso con algún proveedor acreditado para la categoría específica por lo menos cada 24 meses desde la fecha en que completo la capacitación inicial y dentro de los 12 meses antes de la solicitud de certificación.

Para confirmar que la capacitación fue completada satisfactoriamente, el solicitante deberá presentar el certificado original con el sello oficial del proveedor de capacitación, o una carta membretada original del proveedor de capacitación donde confirme que el solicitante ha aprobado el curso satisfactoriamente, o la lista de asistencia original del proveedor donde incluya los nombre de las personas que completaron satisfactoriamente el curso de capacitación, incluido el nombre del solicitante.

Si está solicitando la certificación inicial en Carolina del Norte después de haber completado el curso de repaso, es necesario que incluya el certificado original del curso de capacitación inicial, así como todos los certificados de los cursos de repaso que haya cursado.

Incluya el cheque o giro bancario con la cantidad correcta dependiendo de la certificación que este solicitando. Haga el cheque o giro bancario a nombre de: NC DHHS – HEALTH HAZARDS CONTROL UNIT. **POR FAVOR NO ENVIE EFECTIVO!**

Incluya **una fotografía reciente del solicitante por cada solicitud enviada**. Las fotografías deben ser a color y de 1 ¼ pulgadas x 1 ¼ pulgadas con el nombre del solicitante escrito en la parte posterior de la fotografía. La unidad de control de peligros (HHCU por sus siglas en inglés) no aceptara fotografías con gorra, lentes de sol, de perfil o fotos en blanco y negro. Las fotografías que no sean recientes, por ejemplo fotos de licencias de manejo viejas o copias de la fotografía enviada un año anterior, tampoco serán aceptadas. Las solicitudes que sean enviadas sin fotografías serán regresadas como incompletas.

Para mayor información y formas adicionales

Por favor contacte a la Unidad de Control de Peligros (HHCU por sus siglas en inglés) al teléfono: 919-707-5900 o visite la página de internet: <http://epi.publichealth.nc.gov/asbestos/ahmp.html>