



Division of Licensing Services

Stan Nowy Jork
Departament Stanu
Wydział Usług Licencyjnych
 P.O. Box 22001
 Albany, NY 12201-2001
 Obsługa Klienta: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

Wniosek dla fryzjera-praktykanta

Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z podanymi wskazówkami. Należy odpowiedzieć na każde pytanie, wpisując odpowiedzi DUŻYMI LITERAMI, długopisem lub piórem.

Informacje o wnioskodawcy

Imię	Nazwisko	Drugie imię	Sufiks	
Adres zamieszkania (numer domu i nazwa ulicy)			Nr lokalu	
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy Zip+4	Hrabstwo	Kraj
Adres do korespondencji (tu należy podać nr skrytki pocztowej)				
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy Zip+4	Hrabstwo	Kraj
Adres e-mail	Nr ubezpieczenia społecznego		Federalny identyfikator podatnika	
Data urodzenia	Telefon domowy	Telefon komórkowy	Telefon służbowy	

Informacje o wnioskodawcy

TAK NIE

- Czy kiedykolwiek otrzymali Państwo licencję fryzjerską lub zostali zarejestrowani jako praktykant fryzjerski w stanie Nowy Jork? _____

→ **W PRZYPADKU ODPOWIEDZI "TAK"** należy zaznaczyć odpowiednie pole i podać numer identyfikacyjny (UID) licencji lub rejestracji oraz jej datę ważności:

Nr identyfikacyjny licencji fryzjera Nr UID _____ Data ważności _____

Nr identyfikacyjny rejestracji praktykanta fryzjerskiego Nr UID _____ Data ważności _____
- Czy ukończyli Państwo autoryzowane szkolenie w zakresie kontroli zakażeń? _____

→ **(UWAGA: Są Państwo zobowiązani do ukończenia takiego szkolenia oraz dostarczenia oryginału zaświadczenia o ukończeniu szkolenia wraz z niniejszym wnioskiem)**
- Czy kiedykolwiek zostali Państwo skazani w tym stanie lub poza nim za jakiegokolwiek wykroczenie lub przestępstwo? _____

→ **W PRZYPADKU ODPOWIEDZI „TAK”** wraz z niniejszym wnioskiem należy złożyć pisemne wyjaśnienie, podając miejsce, jurysdykcję sądu, charakter wykroczenia/przestępstwa, zasądzony wyrok i/lub inną decyzję w sprawie. Są Państwo zobowiązani dostarczyć kopię dokumentu oskarżenia (np. aktu oskarżenia, informacji o przestępstwie lub skargi) oraz zaświadczenie z sądu o zasądzonej decyzji (Certificate of Disposition). Jeżeli posiadają Państwo zaświadczenie o uchyleniu nałożonych wyrokiem sądu ograniczeń (Certificate of Relief from Disabilities), zaświadczenie o dobrym sprawowaniu (Certificate of Good Conduct) lub zwolnienie z kary (Executive Pardon), należy dołączyć kopię takiego dokumentu do wniosku.
- Czy w jakimkolwiek sądzie w tym stanie lub poza nim toczy się przeciwko Państwu postępowanie karne (w sprawie wykroczenia lub przestępstwa)? _____

→ **W PRZYPADKU ODPOWIEDZI „TAK”** należy przedstawić wydaną przez sąd kopię dokumentu oskarżenia (np. aktu oskarżenia, informacji o przestępstwie lub skargi).

5. Czy jakakolwiek licencja lub zezwolenie wydane w stanie Nowy Jork lub poza nim Państwu lub firmie, w której zajmowali lub zajmują Państwo stanowisko zarządcze, zostały kiedykolwiek cofnięte, zawieszane lub nieprzyznane? _____

→ W PRZYPADKU ODPOWIEDZI „TAK” należy złożyć wszystkie istotne dla sprawy dokumenty, w tym ewentualne ustalenia/zarządzenia instytucji zaangażowanej w sprawę.

Praktykant musi pracować pod nadzorem i kierownictwem licencjonowanego fryzjera. Fryzjer nadzorujący pracę praktykanta musi uzupełnić poniższy formularz:

Oświadczenie licencjonowanego fryzjera nadzorującego praktyki zawodowe

Imię i nazwisko fryzjera nadzorującego	Nr identyfikacyjny licencji fryzjera nadzorującego praktyki (UID)*
Nazwa zakładu fryzjerskiego	Nr UID zakładu fryzjerskiego*

* Unikalny numer identyfikacyjny licencji znajduje się w lewym górnym rogu certyfikatu licencyjnego

Ja, niżej podpisany/podpisana, podpisuję i potwierdzam pod groźbą kary za składanie fałszywych oświadczeń, że wymieniony wnioskodawca będzie pracować pod moim nadzorem i kierownictwem podczas 24-miesięcznej praktyki zawodowej, zgodnie z postanowieniami artykułu 28 ustawy o działalności gospodarczej (General Business Law).

Podpis fryzjera nadzorującego praktyki zawodowe

X _____ Data _____

Zaświadczenie o stanie zdrowia – Wniosek należy złożyć w ciągu 30 dni od daty badania lekarskiego.

Oświadczam, że jestem licencjonowanym lekarzem, asystentem lekarza lub licencjonowaną pielęgniarką oraz że w trakcie rutynowego badania osoby wymienionej w niniejszym wniosku w dniu _____ (Data badania lekarskiego) nie stwierdziłem/stwierdziłam klinicznych dowodów na obecność u tej osoby choroby zakaźnej lub zaraźliwej, która powodowałaby znaczące ryzyko lub bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa innych osób podczas wykonywania pracy przez wnioskodawcę.

Imię i nazwisko lekarza, drukowanymi literami _____

Adres praktyki lekarskiej _____

Podpis lekarza _____ Data _____

Oświadczenie o świadczeniach alimentacyjnych na rzecz dziecka –

Podpisując niniejszy wniosek, oświadczam, że w dacie złożenia wniosku nie jestem zobowiązany/zobowiązana do świadczeń alimentacyjnych na rzecz dziecka LUB jeśli jestem zobowiązany/zobowiązana do świadczeń alimentacyjnych na rzecz dziecka, nie zalegam z płatnością alimentów przez okres czterech miesięcy lub dłuższy, lub dokonuję płatności poprzez egzekucję dochodów lub na zasadzie zasądzonego harmonogramu płatności lub spłaty, lub harmonogramu uzgodnionego przez strony, lub moje zobowiązanie do płacenia świadczeń alimentacyjnych na rzecz dziecka jest przedmiotem toczącego się postępowania sądowego, lub otrzymuję pomoc społeczną lub dodatkowy dochód w postaci uzupełniających zasiłków z ubezpieczeń społecznych.

Oświadczenie wnioskodawcy – Oświadczam, pod groźbą kary za składanie fałszywych oświadczeń, że oświadczenia złożone w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i dokładne. Ponadto oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z postanowieniami art. 28 ustawy o działalności gospodarczej (General Business Law) oraz wydanymi na jego podstawie przepisami.

Podpis wnioskodawcy

X _____ *Data* _____

Należy pamiętać o dołączeniu do tego wniosku wszelkich wymaganych wyjaśnień lub oświadczeń, a także opłaty za wniosek w wysokości 20 USD, płatnej na rzecz Departamentu Stanu Nowy Jork.

W przypadku płatności kartą kredytową, prosimy o odwiedzenie naszej strony internetowej pod adresem <https://dos.ny.gov> w celu uzyskania formularza autoryzacji karty, który należy odesłać wraz z niniejszym wnioskiem.

Ważne jest, aby informować nasz wydział o wszelkich zmianach miejsca zamieszkania i adresu e-mail, tak aby mogli Państwo nadal otrzymywać powiadomienia o odnowieniu rejestracji i wszelkie inne powiadomienia dotyczące Państwa licencji.

UWAGA: Prosimy o zapoznanie się z wymaganiami dotyczącymi egzaminu, dostępnymi na naszej stronie internetowej.