

SOLICITUD DE RENOVACIÓN - DISCIPLINAS PARA EL TRABAJO CON PLOMO RENEWAL APPLICATION – LEAD DISCIPLINES

Su número de seguro social (SSN) se exige para determinar si es que hay algún incumplimiento en el sustento de menores o impuestos del estado, pero dicha información no se hará pública. Si se confirma que usted no ha cumplido, su certificación no se aceptará conforme con la ley de Wisconsin §§ 250.041 o 254.115.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		Para uso del DHS solamente – Número del DHS	
Primer nombre	Segundo	Apellido	Sufijo (Jr. Sr. III)
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Estatura Pies pulgadas	Peso lb
Dirección postal		Ciudad	Estado
Número telefónico		Correo electrónico	

Capacitación Indique el curso de capacitación más reciente. Si es que la capacitación se hizo fuera de Wisconsin, llene la página 2.			
Proveedor de la capacitación	Fecha de la clase	Ciudad	Estado

Tarifas Seleccione su disciplina y la tarifa correspondiente.	
Pague con un cheque o un giro postal a nombre del Department of Health Services (DHS). Para pagar con tarjeta de crédito o débito, haga la solicitud por Internet en www.dhs.wi.gov/WALDO . No se acepta dinero en efectivo. Las tarifas no son reembolsables. Se aplicarán tarifas adicionales para cheques que no acepte el banco.	

Disciplinas	Dos años (se exige que la capacitación se haya finalizado dentro de los 12 meses anteriores)		
	Un año		
Supervisor del trabajo de reducción de plomo	<input type="checkbox"/> \$125	<input type="checkbox"/> \$225	Tarifas adicionales <input type="checkbox"/> \$25 por tramitación de capacitación fuera del estado (también llene página 2) <input type="checkbox"/> \$25 por reemplazo de tarjeta para la disciplina: <input type="checkbox"/> Reemplazo de tarjeta de verificación de limpieza <input type="checkbox"/> El empleado del gobierno estatal o local debe adjuntar una solicitud de exención de tarifas firmada por el supervisor en el encabezado del documento de la organización.
Inspector	<input type="checkbox"/> \$150	<input type="checkbox"/> \$275	
Investigador de riesgos	<input type="checkbox"/> \$150	<input type="checkbox"/> \$275	
Evaluador de riesgos	<input type="checkbox"/> \$175	<input type="checkbox"/> \$325	
Diseñador de proyectos	<input type="checkbox"/> \$175	<input type="checkbox"/> \$325	
Trabajador para el trabajo de reducción de plomo		<input type="checkbox"/> \$75	
Técnico de muestreo		<input type="checkbox"/> \$50	

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA		
<input type="checkbox"/> Se adjunta mi solicitud para la empresa de trabajos con plomo. <input type="checkbox"/> Voy a trabajar en una empresa certificada para trabajos con plomo antes de hacer cualquier trabajo regulado. <input type="checkbox"/> Trabajo actualmente en una empresa certificada para trabajos con plomo y se indica a continuación.		
Nombre de la empresa	Número de la empresa correspondiente al DHS (si es que lo conoce)	
Dirección postal	Ciudad	Estado

CUMPLIMIENTO
¿En los últimos cinco años se han tomado acciones en su contra por alguna infracción civil o criminal de tipo federal, estatal o local relacionadas con pinturas con plomo o por otra disposición o ley ambiental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "Sí", adjunte documentación que explique qué tipo de acciones se tomaron, por qué y por quién.

FIRMA	
Yo declaro que la información indicada en esta solicitud es correcta. Yo entiendo que toda información falsa que se haya proporcionado puede ser motivo para negar o revocar mi certificación. Entiendo que debo cumplir con las disposiciones de plomo de Wisconsin.	
FIRMA - Solicitante	Fecha de la firma

<p>Envíe por correo este formulario y todos los documentos requeridos a: Department of Health Services Lead and Asbestos Section 1 W Wilson St, Rm 137 Madison WI 53703-3445</p> <p>Si tiene preguntas llame al 608-261-6876.</p>	<p>For DHS Use Only</p> <p><input type="checkbox"/> DCF Check</p> <p><input type="checkbox"/> Personal Check <input type="checkbox"/> Company Check No. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Money Order No. _____</p> <p>Amount paid \$ _____ Deposit Date _____</p>
--	---

Página 2 también se debe llenar si es que la capacitación se hizo fuera de Wisconsin.

Capacitación fuera del estado—Requisitos adicionales

Se requiere lo siguiente cuando la capacitación se ha hecho fuera del estado. Si tiene preguntas llame a 608-261-6876.

- Pague la tarifa por tramitación de capacitación fuera del estado** (\$25) indicado en la página 1.
- Envíe una fotografía reciente para la tarjeta de certificación y que cumpla los siguientes requisitos:**
- Formato del archivo en JPEG con un mínimo de resolución de 600 x 600 píxeles (calidad media a alta)
 - Enfocada, fotografía en color de la cabeza y hombros con un fondo claro (tipo pasaporte)
 - No debe usar lentes de sol, gorra o algo que cubra la cabeza
 - Envíe la foto por correo electrónico a DHSAsbestosLead@wi.gov con el asunto "Fotografía de [Primer nombre] [Apellido]"
- Envíe diplomas de capacitación**—Envíe diploma de repaso para clases que se hayan tomado en otro estado. El DHS debe tener todos los diplomas de capacitación para un historial de entrenamiento completo. Se deben enviar los originales o copias. La copia más reciente se debe firmar por un notario público certificado que demuestre que es una copia fiel a la original. Cualquier documento original se devolverá a los solicitantes.

FIRMA - Solicitante

 Fecha de la firma