

SOLICITUD PARA RENOVADOR DE TRABAJOS CON PLOMO DE MANERA SEGURA LEAD-SAFE RENOVATOR APPLICATION

Su número de seguro social (SSN) se requiere para determinar si es que hay algún incumplimiento con el pago por 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		
Solicita	<input type="checkbox"/> Tarjeta de certificación inicial <input type="checkbox"/> Renovación para tarjeta de certificación	<input type="checkbox"/> Reemplazo de tarjeta de certificación perdida o dañada <input type="checkbox"/> Reemplazo de tarjeta de verificación de limpieza perdida o dañada	
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

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 que 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

TARIFAS
Pague con un cheque o un giro postal a nombre de 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 aplicará una tarifa adicional para cheques que no acepte el banco.
<input type="checkbox"/> \$50 por tarjeta de certificación <input type="checkbox"/> \$25 por tramitación de capacitación fuera del estado <input type="checkbox"/> \$25 por reemplazo de tarjeta de verificación
<input type="checkbox"/> El empleado del gobierno estatal o local debe adjuntar una solicitud de exención de tarifas en el encabezado del documento de la organización.

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 Si tiene preguntas llame al 608-261-6876.	For DHS Use Only <input type="checkbox"/> DCF Check <input type="checkbox"/> Personal Check <input type="checkbox"/> Company Check No. _____ <input type="checkbox"/> Money Order No. _____ Amount paid \$ _____ Deposit Date _____
---	--

CAPACITACIÓN FUERA DEL ESTADO—REQUISITOS ADICIONALES

Si está renovando la certificación y ha finalizado la capacitación más reciente fuera de Wisconsin, por favor llame al **608-261-6876** antes de enviar su solicitud.

Los que están haciendo la solicitud por primera vez y que finalizaron la capacitación fuera de Wisconsin deben:

- Pagar la tarifa por tramitación de capacitación fuera del estado** (\$25) que se indica en la página 1.
- Envíe una fotografía reciente para la tarjeta de certificación que cumpla con 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 una fotografía de identificación emitida por el gobierno.** Los solicitantes primerizos deben enviar una copia clara y en color de su identificación, como por ejemplo la licencia de conducir.
- Envíe diplomas de capacitación.** Envíe diplomas de capacitación de cada curso de repaso para renovadores que haya tomado en otro estado. Se pueden 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