SCCBEA Southern California Cosmetology & Barbering Employers Association www.sccbea.org	**SOLICITUD DE MEMBRESÍA** Southern California Cosmetology & Barbering Employers Association 9050 Telegraph Road Suite 102A Downey CA 90240 (562) 862-1090 Fax (562) 862-8399	**FI-A-MA** **Versión 1**.8

Member #
Uso solo para SCCBEA _____

Miembro del Programa de Aprendizaje

- ☐ Empleador $175.00
- ☐ Entrenador (No Contribution)
- ☐ Aprendiz (No Contribution)

Non-Miembro del Programa de Aprendizaje

- ☐ Empleadores Relacionados con la Industria $245.00
- ☐ Profesionales con Licensia $145.00
- ☐ Estudiantes $ 35.00
- ☐ Otros Individuos $ 65.00

Nombre: _____ Genero: F ☐ M ☐

Fecha de Nacimiento: ____/____/_____ (Mes / Día / Año) Ultimos 4 de SSN: _____ o ITIN: _____

Domicillio: _____
Calle Ciudad Codigo Postal

_____ No. De Telefono _____ No. de Trabajo _____ Correo Electronico

BBC License No: _____ Fecha de Expiración: _____

Nombre de Establecimiento: _____

No. de Licencia de Establecimiento: _____ Fecha de Expiración: _____

Domicillio: _____
Calle Ciudad Codigo Postal

Yo _____, estoy de acuerdo con lo siguiente:

___Yo entiendo que SCCBEA es una organización sin fin de lucro 501 © y está compuesto por miembros de la industria de la belleza, como salones de belleza, peluquerías profesionales y estudiantes interesados en la oportunidad de estudiar una profesión en el sistema de aprendizaje de educación laboral

___Yo entiendo que SCCBEA está organizada para representar bajo los estatutos al patrocinador del programa de aprendizaje: Cosmetica CBUAC, que opera bajo los estatutos del The Department of Apprenticeship Standards (DAS), and The Department of Industrial Relations(DIR).

___Yo entiendo que como miembro de SCCBEA, debo cumplir con las Leyes, Reglas, y Regulaciones estipuladas por Cosmetica CBUAC, The Department of Apprenticeship Standards (DAS), The Department of Industrial Relations(DIR) y The Board of Barbering and Cosmetology (BBC).

___ Yo Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender que todas las declaraciones hechas en este formulario están sujetas a investigación, y que cualquier respuesta deshonesta a cualquier pregunta puede ser por denegación o posterior revocación de esta solicitud.

_____ Firma de Aplicante _____ Fecha