



DEPARTAMENTO DE LA SALUD Y DEL AMBIENTE DE KANSAS

Mesa de Aire
1000 SW Jackson, Suite 310
Topeka, Kansas 66612-1366
(785) 296-6024 - teléfono
(785) 296-7455 - fax

CERTIFICATION NUMBER

EXPIRATION DATE

CHECK # _____

DO NOT WRITE IN THIS SPACE
FOR OFFICE USE ONLY

AMIANTO TRABAJADOR CONTROL FORMULARIO DE SOLICITUD

INSTRUCCIONES GENERALES:

Este formulario de aplicación ha sido creado para proporcionar la información requerida antes de que una persona pueda ser certificada para trabajar adentro, o supervisar el trabajo y controlar el removimiento de asbestos. La sumisión completa de este formulario debe de acompañarse con el certificado(s) de entrenamiento requerido, el costo de la certificación de (\$20.00 para el trabajador de la clase I, \$40.00 para el supervisor de clase II), en la forma de un **cheque** o una **money order** pagable al Kansas Department of Health and Environment antes de que el certificado pueda ser expedido.

El formulario de aplicación terminado, el costo de la certificación, y las copias de todos los certificados del entrenamiento de AHERA se deben enviar a la dirección antedicha.

Por favor escriba a máquina o en letra de molde clara y con tinta negra

*Número del seguro social: _____ - _____ - _____ Teléfono de su casa: (_____) _____

*Nombre del solicitante: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

*Dirección de habitación: _____
Calle / PO Box / Apt. No.

Ciudad Estado Código Postal

*Fecha de nacimiento: ____/____/____

*Tipo de certificación: Trabajador Clase I _____ Supervisor Clase II _____

*Patrón actual (nombre y ciudad): _____

***ENTRENAMIENTO**

Proporcione la información siguiente referente al entrenamiento más reciente con el EPA o indique los cursos aprobados que usted ha terminado con éxito, según lo requerido para la certificación en Kansas, y copias de todos los certificados, entrenamiento inicial y entrenamiento de repaso, que usted ha atendido. Si esta aplicación es para la renovación de una certificación actual de Kansas usted puede presentar no más que una copia del certificado de entrenamiento más reciente.

Encierre en un círculo uno de los títulos siguientes del curso:

Trabajador Inicial del Asbesto

Repaso Inicial del Trabajador del Asbesto

Contratista del Asbesto/Supervisor Inicial

Contratista del Asbesto/Repaso para el Supervisor

Nombre de la agencia que ofrece el curso: _____

Nombre de la agencia que aprobó curso: EPA

Ciudad y estado donde el curso se realizó: _____

Fechas en las cual(es) el curso se realizó: _____

**Recuerde de adjuntar los certificados de entrenamiento requeridos*

Certifico por este medio que toda la información proporcionada en esta aplicación está completa y correcta lo más posible de mi conocimiento.

*Firma _____ Fecha de la firma _____

*La información requirió antes que tarjeta de certificación pueda ser publicada.

Form ET-ASB2 (02/15)