



**pennsylvania**

DEPARTAMENTO DE TRABAJO E INDUSTRIAS DE ESTADOS UNIDOS  
OFICINA DE SEGURIDAD OCUPACIONAL E INDUSTRIAL DE ESTADOS UNIDOS

**SOLO PARA USO DE L&I**

N.º de cert.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA DE PLOMO

EXENCIÓN DE LA LEY 24 (ACT 24)

TIPEE O ESCRIBA CORRECTAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA

<b>Tipo de solicitud</b>	Inicial <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> N.º de certificación de Pensilvania: _____
<b>Información del contratista</b>	Nombre de la empresa _____ Número de identificación del empleador federal _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____ Persona de contacto _____ Cargo _____ Propietario único o particular <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> _____ <b>Si cualquier parte de la información de empresa anterior es diferente a lo enviado previamente, envíe una solicitud para actualizar la información de la empresa en una carta con membrete de la empresa.</b>
<b>Certificación del supervisor de oficina de saneamiento/eliminación de plomo</b>	Cada empresa debe tener un supervisor certificado. Suministre el nombre y el número de certificación de Pensilvania de la persona en esta firma que tiene o tendrá esta certificación. Nombre _____ N.º de cert. de PA _____
<b>Firma</b>	Certifico, bajo pena de ley, que la empresa nombrada anteriormente utilizará solo empleados <u>capacitados y certificados por PA</u> para realizar actividades relacionadas con pintura a base de plomo en la Mancomunidad de Pensilvania. Certifico, además, que estos empleados seguirán las normativas de prácticas de trabajo más actuales que haya establecido el Departamento de Protección Ambiental de los Estados Unidos y la Mancomunidad de Pensilvania para la realización de actividades relacionadas con pintura a base de plomo. Propietario o nombre del funcionario corporativo (letra de imprenta o tipeado): _____ Propietario o nombre del funcionario corporativo (firmado): _____ Fecha de firma: _____
<b>Requisitos de archivado</b>	<b>PLAN DE TARIFAS:</b> Para conocer una lista actualizada de tarifas, consulte el Fee Schedule (Plan de tarifas) en nuestro sitio web ( <a href="http://www.dli.pa.gov/Individuals/Labor-Management-Relations/bois">www.dli.pa.gov/Individuals/Labor-Management-Relations/bois</a> ) o comuníquese con nuestra oficina para recibir una copia del plan de tarifas al correo electrónico <a href="mailto:CALBOIS@pa.gov">CALBOIS@pa.gov</a> , por teléfono al 717-772-3396 o por fax al 717-705-0196. Haga que todos los cheques o giros postales sean pagaderos a la <b>Commonwealth of Pennsylvania</b> (Mancomunidad de Pensilvania). Envíe por correo esta solicitud, su pago y cualquier documentación adicional a: <b>PA Department of Labor &amp; Industry          Certification, Accreditation and Licensing Division          651 Boas Street, Room 1606          Harrisburg, PA 17121</b> Dirija todas sus preguntas sobre la certificación al 717-772-3396 o a la dirección <a href="mailto:CALBOIS@pa.gov">CALBOIS@pa.gov</a> .
<b>SOLO PARA USO DE L&amp;I</b>	N.º de cheque: _____ Monto: \$ _____ N.º Bates: _____

Oficina de Seguridad Ocupacional e Industrial de Estados Unidos | División de Certificación, Acreditación y Autorización  
651 Boas Street, Sala 1623 | Harrisburg, PA 17121 | 717-772-3396 | Fax 717-705-0196 | [CALBOIS@pa.gov](mailto:CALBOIS@pa.gov) | [www.dli.pa.gov](http://www.dli.pa.gov)

Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a petición de las personas con discapacidades.  
Empleador/programa de igualdad de oportunidades