



ATTENCION APPLICANTES!

A partir del 20 de noviembre de 2020, bajo la dirección del Departamento de Edificios de la Ciudad de Nueva York, las solicitudes para la Tarjeta de capacitación en seguridad de NYC DOB deben incluir una copia de la tarjeta de finalización del curso de OSHA del estudiante. Ya no se pueden aceptar certificados de finalización y las tarjetas SST no se pueden emitir sin la tarjeta de OSHA.

TSC Training Academy, proveedor aprobado por el DOB 4Q68, está obligado a verificar las credenciales de capacitación, la identidad y la dirección postal para cada solicitud de tarjeta SST antes de la emisión de la tarjeta.

Si sus cursos de SST se completaron en línea o con otro proveedor, NO tenemos su fotografía requerida en el archivo y necesitaremos que la envíe con su solicitud de SST. El DOB tiene requisitos específicos para la imagen que incluyen:

- Debe ser un primer plano de la cabeza y los hombros solamente
- Debe ser un fondo de color claro (blanco, gris, crema) sin nada de fondo.
- Debe ser de color, claro y enfocado.
- Absolutamente nada de anteojos, sombreros o cubiertas para la cabeza

Si no está seguro de si necesitamos su foto, envíe una con su solicitud. Si la imagen no cumple con estos requisitos, no podremos usarla

Gracias de antemano por su cooperación y adhesión a esta actualización. Si tiene alguna pregunta o inquietud que le gustaría comunicar al Departamento de Edificios de la Ciudad de Nueva York, puede comunicarse con ellos por correo electrónico a LocalLaw196@buildings.nyc.gov

Al marcar esta caja y firmar a continuación, reconozco que comprendo y acepto la declaración anterior y enviaré mi solicitud de SST con este entendimiento.

FIRMA _____

FECHA _____



SITE SAFETY TRAINING (SST) FORMULARIO PARA ACTUALIZACION Y TARJETAS NUEVAS

Para solicitar la tarjeta de Site Safety Training (SST), complete todas las secciones de este formulario con letra clara/legible y mayúsculas. Antes de emitir la tarjeta SST, TSCTA debe verificar la capacitación, pueba de identidad y dirrección del solicitante. Para obtener información sobre la prueba de la dirección y la identificación, visite: tscta.com/sst-card-issuance/.

* Envíe el formulario completo con las copias de los certificados de capacitación (según corresponda) por correo elec-trónico a INFO@TSCTA.com o via fax al 718-389-6155.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA

NOMBRE LEGAL: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTATURA: _____ COLOR DE OJOS: _____

SECCIÓN II: TIPO DE TARJETA SOLICITADA

TEMPORARIA (10HR OSHA) TRABAJADOR (40 SST CREDITOS) SUPERVISOR (62 CREDITOS)

¿TIENE ACTUALMENTE UNA TARJETA SST?

SI, TENGO UNA TARJETA TEMPORARIA SI, TENGO UNA TARJETA DE TRABJADOR

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES SU NÚMERO DE TARJETA SST? _____

SECCIÓN III VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y DIRECCIÓN (4PT OBLIGATORIO, 3PT ID + 1PT DIRECCIÓN)

IDENTIDAD

NYS ID (4PTS) ID FUERA DE ESTADO (3PTS) PASSPORTE (3PTS) OTRO _____

PRUEBA DE DOMICILIO (TODOS PRUEBAS DE DOMICILIO = 1PT EXCEPTO TARJETA DE SINDICATO [3pts])

SECCIÓN IV: PROVEDOOR DE ENTRENAMIENTO Y PRECIOS

TODO EL ENTRENAMIENTO SST COMPLETADO CON TSCTA: \$35.00 ENTRENAMIENTO PARCIAL SST/NO COMPLETADO CON TSCTA: \$100.00

ACTUALIZAR TARJETA | TODO EL ENTRENAMIENTO SST COMPLETADO CON TSCTA: \$35.00

ACTUALIZAR TARJETA | ENTRENAMIENTO PARCIAL SST/NO COMPLETADO CON TSCTA: \$100.00

SECCIÓN IV: MÉTODO DE ENTREGA PARA TARJETAS

RECOGERÉ MI TARJETA SST EN PERSONA

ENVÍE MI TARJETA SST A LA DIRECCIÓN INDICADA A CONTINUACIÓN A TRAVÉS DE USPS. (UNA VEZ QUE SU APLICACION HAYA SIDO REVISADA Y SE HAYA DETERMINADO QUE ES ELEGIBLE PARA LA TARJETA SST, SE LE ENVIARÁ POR CORREO DENTRO DE 3-5 DÍAS HÁBILES. EN CASO DE QUE NO RECIBA LA TARJETA SST DEBIDO A UNA DIRECCIÓN INCOMPLETA O INEXACTA, ROBO O CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA FUERA DEL CONTROL DE TSCTA, USTED SERA RESPONSABLE POR LA TARIFA DE RE-IMPRESIÓN DE \$20.00.) SI ENVIA ALA EMPRESA, INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA ABAJO*.

SEAN ESPICIFICOS: INCLUYAN EL NUMERO DE APARTAMENTO, PISO O SUITE, ETC.

DIRECCIÓN DE ENVIO: _____

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTALE

NOMBRE DE LA EMPRESA*: _____

TIPO DE ENTRENAMIENTO COMPLETADO

Todo el material de finalización de curso DEBE presentarse con la solicitud. Solo se aceptaran los originales. (Los documentos no serán retenidos por TSCTA. Se harán copias y se devolverán los originales).

Las solicitudes incompletas no serán procesadas.

Si usted completo todas las capacitaciones SST con TSCTA en los últimos 5 años NO es necesario proveer copias de las tarjetas o certificados de finalización del curso.

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- 10HR OSHA SAFETY & HEALTH CONSTRUCTION PROGRAM 30HR OSHA SAFETY & HEALTH CONSTRUCTION PROGRAM

PARA USO DE OFICINA SÓLAMENTE

SST ELECTIVAS PRESCRITAS

	COURSE PROVIDER ID #	VERIFY (Y/N)	COURSE ID #	DOB-PROVIDED
<input type="checkbox"/> 8HR FALL PREVENTION			SST-307	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> 8 HR SITE SAFETY MANAGER RENEWAL (CHAPTER 33)			SAF-202	
<input type="checkbox"/> 4HR SUPPORTED SCAFFOLD USER & REFRESHER*			SCA-201	
<input type="checkbox"/> 2HR DRUG AND ALCOHOL AWARENESS			SST-302	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> 2HR PRE-TASK SAFETY MEETINGS			SST-303	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> 2HR SITE SAFETY PLAN			SST-301	
<input type="checkbox"/> 2HR TOOL BOX TALKS			SST-304	<input type="checkbox"/> B
SUB-TOTAL CREDITOS DE SST				

*COURSE ELIGIBLE FOR PRIOR EXPERIENCE EQUIVALENCY (SEE BELOW)

SST ELECTIVAS GENERALES

	COURSE PROVIDER ID #	VERIFY (Y/N)	COURSE ID #	DOB-PROVIDED
<input type="checkbox"/> 1HR FIRST AID & CPR			SST-104	
<input type="checkbox"/> 1HR HOISTING & RIGGING			SST-106	
<input type="checkbox"/> 1HR TOOLS - HAND & POWER			SST-111	
<input type="checkbox"/> 1HR PROTECTION FROM SUN EXPOSURE			SST-108	<input type="checkbox"/> B
SUB-TOTAL CREDITOS DE SST				

SST ELECTIVAS ESPECIALIZADOS

	COURSE PROVIDER ID #	VERIFY (Y/N)	COURSE ID #	DOB-PROVIDED
<input type="checkbox"/> 1HR ASBESTOS/LEAD AWARENESS			SST-201	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> 1HR CONFINED SPACE ENTRY			SST-202	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> 1HR FLAG PERSON			SST-208	
<input type="checkbox"/> 1HR MANLIFTS/AERIAL LIFTS/SCISSOR LIFTS SAFETY			SST-210	
SUB-TOTAL CREDITOS DE SST				

EQUIVALENCIA DE EXPERIENCIA PREVIA DE SST*:

SI ES APPLICABLE POR FAVOR SELECCIONE CADA CURSO DETALLADO MAS ABAJO QUE ESTARA USANDO PARA UNA EXPERIENCIA PREVIA.

- 4HR SUPPORTED SCAFFOLD USER & REFRESHER (SCA-201) 4HR FALL PREVENTION (SST-B/305)

CUAL DE ESTOS APLICA PARA EL SIGUIENTE CURSO: _____

CURSOS EQUIVALENTES - APROVADO POR EL DOB

(LA FORMACIÓN DEBE TOMARSE EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS)

COURSE PROVIDER ID #	VERIFY (Y/N)	COURSE ID #
----------------------	--------------	-------------

<input type="checkbox"/>	8HR SITE SAFETY MANAGER REFRESHER			SAF-201
<input type="checkbox"/>	8HR SITE SAFETY COORDINATOR			SAF-103
<input type="checkbox"/>	40HR SITE SAFETY MANAGER			SAF-102
<input type="checkbox"/>	8HR MASTER & SPECIAL ELECTRICIAN REFRESHER			ELE-201
<input type="checkbox"/>	30HR MASTER RIGGER			CRA-104
<input type="checkbox"/>	8HR MASTER RIGGER RENEWAL			CRA-202
<input type="checkbox"/>	30HR SPECIAL RIGGER			CRA-106
<input type="checkbox"/>	8HR SPECIAL RIGGER RENEWAL			CRA-204
<input type="checkbox"/>	32HR RIGGING SUPERVISOR			CRA-301
<input type="checkbox"/>	16HR RIGGING WORKER			CRA-103
<input type="checkbox"/>	8HR RIGGING WORKER REFRESHER			CRA-201
<input type="checkbox"/>	16HR RIGGING SUPERVISOR REFRESHER			CRA-401
<input type="checkbox"/>	OSHA AWARENESS 4HR FALL PROTECTION			G-FALLPREV
<input type="checkbox"/>	OSHA AWARENESS 4HR CONFINED SPACE			E-CONSPC4
<input type="checkbox"/>	30HR CONCRETE SAFETY MANAGER			CON-301
<input type="checkbox"/>	8HR CONCRETE SAFETY MANAGER REFRESHER			CON-302
<input type="checkbox"/>	4HR SUPPORTED SCAFFOLD USER & REFRESHER			SCA-201
<input type="checkbox"/>	16HR SUSPENDED SCAFFOLD USER			SCA-103
<input type="checkbox"/>	8HR SUSPENDED SCAFFOLD USER			SCA-203
<input type="checkbox"/>	32HR SUSPENDED SCAFFOLD SUPERVISOR			SCA-301
<input type="checkbox"/>	8HR SUSPENDED SCAFFOLD SUPERVISOR REFRESHER			SCA-401
<input type="checkbox"/>	32HR SUPPORTED SCAFFOLD INSTALLER/REMOVER			SCA-102
<input type="checkbox"/>	8HR SUPPORTED SCAFFOLD INSTALLER/REMOVER REFRESHER			SCA-202
SUB-TOTAL CREDITOS DE SST				

¿TOMASTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CURSOS ELECTIVOS GENERALES DE 1 HORA EN UN PROVEEDOR DE FORMACIÓN QUE NO SEA TSCTA?:

HANDLING HEAVY MATERIALS & PROPER LIFTING TECHNIQUES (SST-105) | MATERIALS HANDLING, STORAGE, USE AND DISPOSAL (SST-107)
 STAIRWAY & LADDERS (SST-110) | FIRE PROTECTION & PREVENTION (SST-103) | REPETITIVE MOTION INJURIES (SST-109)
 ELECTROCUTION PREVENTION (SST-102)

¿TOMASTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CURSOS ELECTIVOS ESPECIALIZADOS EN UN PROVEEDOR DE CAPACITACIÓN QUE NO SEA TSCTA?:

CRANES, DERRICKS, HOISTS, ELEVATORS & CONVEYORS (SST-204) | EXCAVATIONS (SST-207) | SCAFFOLDS SUSPENDED (SST-213)
 CONCRETE & MASONRY CONSTR. (SST-203) | ERGONOMICS (SST-206) | MOTOR VEHICLES, MECHANIZED EQUIPMENT, ET. AL (SST-211)
 STEEL ERECTION (SST-214) | WELDING & CUTTING (SST-215) | DEMOLITION SAFETY (SST-205)
 HEALTH AND SAFETY PROGRAMS IN CONSTRUCTION (SST-216) | 2.5HR FOUNDATIONS FOR SAFETY LEADERSHIP (SST-217)
 RISK ASSESSMENT AND ACCIDENT INVESTIGATION (SST-204) | JOB HAZARD ANALYSIS (SST-209)

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR LISTA EL ID DEL CURSO SST Y EL NOMBRE DEL PROVEEDOR:

SST _____ PROVEEDOR:

SST _____ PROVEEDOR:

SST _____ PROVEEDOR:

SST _____ PROVEEDOR:

RECONOCIMIENTO

YO, _____ EL SOLICITANTE CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. Certifico que he asistido y completado con éxito toda la capacitación descrita en esta solicitud. Se debe proporcionar la certificación original junto con este formulario completo. Si TSCTA determina que la capacitación no puede ser verificada efectivamente, reconozco que no tendré más interés, derecho o reclamo. Si se aprueba esta solicitud, renuncio a la responsabilidad y libero a TSCTA y a las compañías afiliadas de cualquiera y todas las reclamaciones de responsabilidad derivadas de o relacionadas con la formación o la emisión de la tarjeta SST. NO se emitirán REEMBOLSOS si la solicitud es denegada. Si el solicitante elige que le envíen la tarjeta SST por correo y si la tarjeta SST no se recibe debido a una dirección incompleta o inexacta, robo o cualquier otra circunstancia fuera del control de TSCTA, el solicitante será responsable por la tarifa de reimpresión de \$20.00.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA _____

PARA USO DE OFICINA SÓLAMENTE

<input type="checkbox"/>	CREDITOS DE SST ELECTIVAS PRESCRITAS	<input type="checkbox"/>	CREDITOS DE SST ELECTIVES ESPECIALIZADOS
<input type="checkbox"/>	CREDITOS DE SST ELECTIVAS GENERALES	<input type="checkbox"/>	CREDITOS DE CURSOS EQUIVALENTES - APROBADO POR EL DOB
		<input type="checkbox"/>	CREDITOS TOTAL DE SST

APROVADO NEGADO

NOTAS



SITE SAFETY TRAINING CARD (SST)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Todas las secciones de esta aplicación deben ser completadas para procesar su solicitud.

SECCIÓN I - FAVOR DE MARCAR LAS CASILLAS APROPIADAS E INDIQUE LA CANTIDAD SOLICITADA.)

- TARJETA SST TRABAJADOR (40 CRÉDITOS) TARJETA SST SUPERVISOR (62 CRÉDITOS)
- TARJETA SST TEMPORARIA (10HR OSHA)

PRICING

	CANTIDAD	TOTAL
<input type="checkbox"/> TODO EL ENTRENAMIENTO SST COMPLETADO CON TSCTA: \$35.00		
<input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO PARCIAL SST/NO COMPLETADO CON TSCTA: \$100.00		
<input type="checkbox"/> MEJORA - TODO EL ENTRENAMIENTO SST COMPLETADO CON TSCTA: \$35.00		
<input type="checkbox"/> MEJORA - ENTRENAMIENTO PARCIAL SST/NO COMPLETADO CON TSCTA: \$100.00		

TOTAL TO BE CHARGED _____

FAVOR DE INDICAR EL/LOS NOMBRE(S) DEL ESTUDIANTE(S):

- _____
- _____
- _____
- _____

TIPO DE TARJETA SST SOLICITADA:

- _____
- _____
- _____
- _____

SECCIÓN II - DETALLES DEL PAGO (EL PAGO TIENE QUE HACERSE POR COMPLETO ANTES DE RECIBIR LA TARJETA SST.)

CANTIDAD PARA COBRAR \$ _____

- EFECTIVO Money Order/Cheque certificado VISA MASTERCARD AMEX DISCOVER

NOMBRE (SI DIFFERENTE) _____

NÚMERO DE TARJETA: _____

FECHA DE EXPIRACIÓN: _____ CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: _____

DIRECCIÓN DE REPARTO (SI APLICABLE): _____

CIUDAD/ESTADO

CODIGO POSTAL

SECCIÓN III AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CREDITO

YO, _____ RECONOZCO QUE, AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, LE HE DADO A TSCTA PERMISO PARA COBRAR MI TARJETA POR EL MONTO INDICADO EN LA FECHA INDICADA O DESPUÉS. ESTE ES EL PERMISO PARA UNA SOLA TRANSACCIÓN Y NO PROPORCIONA AUTORIZACIÓN PARA NINGÚN DÉBITO O CRÉDITO ADICIONAL NO RELACIONADO A MI CUENTA.

FIRMA DEL TITULAR: _____

FECHA: _____

EL MIEMBRO DE LA TARJETA RECONOCE LA RECEPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS POR EL MONTO DEL TOTAL QUE SE MUESTRA A CONTINUACIÓN Y ACEPTA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS POR EL ACUERDO DE LOS MIEMBROS DE LA TARJETA CON EL EMISOR.

Las formularios completados se pueden traer en persona o enviar por correo electrónico a info@tscta.com. * La tarifa por la emisión de la tarjeta SST no es reembolsable. TSCTA reserva el derecho de rechazar la(s) solicitud(es) de la tarjeta SST.