



# Division of Licensing Services

New York State  
Department of State  
Division of Licensing Services  
Security Guard  
P.O. BOX 22052  
Albany, NY 12201-2052  
Servicio al cliente (518) 474-7569  
www.dos.ny.gov

## Cambio de estatus guardia de seguridad

### INSTRUCCIONES:

- Escriba con letra de molde la información solicitada.
- Para cambiar su estado de guardia de seguridad *desarmado* a guardia de seguridad *armado*, debe presentar este formulario junto con un certificado que muestre que cumplió con el curso de armas de fuego de 47 horas.
- Debe devolver su tarjeta de identificación actual como guardia de seguridad.  
Además, los guardias de seguridad armados deben completar un curso anual de armas de fuego de 8 horas. Este curso se tiene que completar **dentro de un año calendario** después de completar el curso de armas de fuego de 47 horas y **cada año subsiguiente**.  
Para propósitos de registro, le pueden otorgar una exoneración de la capacitación si puede demostrar que completó una capacitación que cumple o excede los estándares mínimos para los cursos de 8 horas previos a la asignación o de armas de fuego de 47 horas. **Las solicitudes de exoneración se deben dirigir a NYS Division of Criminal Justice Services (DCJS), Security Guard Program. Para solicitar una exoneración, comuníquese directamente con DCJS llamando al (518) 457-4135 (o escriba a 80 South Swan Street, 3<sup>rd</sup> Fl., Albany, NY 12210-8002). Si se aprueba, DCJS le enviará una carta de exoneración para presentarla con su solicitud ante el Departamento de Estado.**
- Envíe por correo este formulario junto con la tarifa y cualquier documentación requerida a la dirección anterior. Puede pagar con cheque o giro postal a nombre de Department of State o hacer el cargo de la tarifa a MasterCard o Visa, usando un formulario de autorización de tarjeta de crédito. No envíe efectivo. Se cobrará una tarifa de \$20 por cada cheque que su banco devuelva.

TARIFA VENCIDA: **\$25\*\***

NÚMERO DE UID

NOMBRE EN LA LICENCIA

DIRECCIÓN DE DOMICILIO (N° Y CALLE)

APTO/UNIDAD/APARTADO POSTAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL +4

ÚLTIMOS DÍGITOS DEL SEGURO SOCIAL

**X**

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_