

SOLICITUD DE REGISTRO DE EXENCIÓN DE INDEMNIZACIÓN LABORAL INICIAL
INITIAL WORKERS' COMPENSATION EXEMPTION REGISTRATION APPLICATION



**Tennessee Bureau of
Workers' Compensation**
220 French Landing Drive,
Suite 1B
Nashville, TN 37243
(615) 532-1319

Solo para uso de la oficina
For Office Use Only

**Tasa de presentación:
Filing Fee:**

**Contratista sin licencia: \$100.00
Unlicensed Contractor \$100.00**

**Contratista con licencia: \$50.00
Licensed Contractor \$50.00**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE
APPLICANT INFORMATION**

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____
First: _____ MI: _____ Last: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del SSN: _____
Date of Birth: _____ Last 4 digits of SSN: _____
Mes Día Año
Month Day Year

Teléfono: _____ Correo electrónico
Phone: (_____) - _____ Email: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____
Physical Address: _____ City: _____ ST: _____ Zip: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____
Physical Address: _____ City: _____ ST: _____ Zip: _____

**CALIFICACIÓN INICIAL (MARCAR UNA)
INITIAL QUALIFICATION (CHECK ONE)**

- El solicitante es un directivo de una empresa dedicada al sector de la construcción.
Applicant is an officer of a corporation engaged in the construction industry.
- El solicitante es miembro de una sociedad de responsabilidad limitada (SRL) dedicada al sector de la construcción y es dueño de al menos el 20 % de la empresa.
Applicant is a member of a limited liability company (LLC) engaged in the construction industry and owns at least 20% of the company.
- El solicitante es socio de una sociedad limitada (LP), sociedad de responsabilidad limitada (LLP) o sociedad general (GP) dedicada al sector de la construcción y es dueño de al menos el 20 % de la sociedad.
Applicant is a partner of a limited partnership (LP), limited liability partnership (LLP), or general partnership (GP) engaged in the construction industry and owns at least 20% of the partnership.
- El solicitante es un empresario individual dedicado al sector de la construcción.
Applicant is a sole proprietor engaged in the construction industry.
- El solicitante y los miembros de la misma familia del solicitante son dueños de al menos el 95 % de la empresa.
Applicant and members of the same family of the applicant hold at least 95% ownership of the business.

**ENTIDAD COMERCIAL INICIAL
INITIAL BUSINESS ENTITY**

Nombre de la entidad comercial:
Business Entity Name: _____

Núm. de control del SOS: _____ FEIN: _____ **(Adjuntar carta 147(c) del IRS)**
SOS Control #: _____ FEIN #: _____ **(Attach IRS 147(c) letter)**

INFORMACIÓN INICIAL DE LA JUNTA ESTATAL PARA LA CONCESIÓN DE LICENCIAS A CONTRATISTAS (MARCAR UNA)

INITIAL STATE BOARD FOR LICENSING CONTRACTORS INFORMATION (CHECK ONE)

- El negocio no tiene una licencia emitida por la Junta Estatal para la Concesión de Licencias a Contratistas.
The business does not have a license issued by the State Board for Licensing Contractors.
- El negocio tiene una licencia activa emitida por la Junta Estatal para la Concesión de Licencias a Contratistas (datos completos a continuación).
The business has an active license issued by the State Board for Licensing Contractors (complete details below).

Núm. de licencia: _____ Fecha de vencimiento: _____
License #: _____ Exp. Date: _____

INITIAL LOCAL BUSINESS LICENSE INFORMATION
INFORMACIÓN INICIAL SOBRE LA LICENCIA COMERCIAL LOCAL

Condado: _____
County: _____

Núm. de licencia: _____ Fecha de vencimiento: _____
License #: _____ Exp. Date: _____

Condado: _____
County: _____

Núm. de licencia: _____ Fecha de vencimiento: _____
License #: _____ Exp. Date: _____

ATESTADO
ATTESTATION

- Al marcar esta casilla, doy fe de que cumplo todos los requisitos para la exención de indemnización laboral en virtud del T.C.A. § 50-6-901 y siguientes. Entiendo que cualquier declaración falsa que haga en la solicitud está sujeta a las penas de perjurio establecidas en T.C.A. § 39-16-702.
By checking this box, I attest that I meet all the requirements for the workers' compensation exemption under T.C.A. § 50-6-901 et seq. I understand that any false statement I make on the application is subject to the penalties of perjury set out in T.C.A. § 39-16-702.
- Al marcar esta casilla, entiendo que renuncio a mi derecho a demandar en virtud de la ley de indemnización laboral si me lesiono en un trabajo y he utilizado la exención de indemnización laboral en ese trabajo.
By checking this box, I understand that I waive my right to sue under workers' compensation law if I am injured on a job and have utilized the workers' compensation exemption on that job.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____
Applicant Signature: _____ Date: _____