

**SOLICITUD DE REGISTRO DE EXENCIÓN DE INDEMNIZACIÓN LABORAL INICIAL
FORMULARIO DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA POR MOTIVOS RELIGIOSOS**

**INITIAL WORKERS' COMPENSATION EXEMPTION REGISTRATION APPLICATION
FORM FOR RELIGIOUS CONSCIENTIOUS OBJECTION**



Tennessee Bureau of Workers' Compensation

220 French Landing Drive, Floor 1B Nashville, TN 37243
(615) 532-1319 wc.exemption@tn.gov

**Tasa de presentación: \$20.00
Filing Fee \$20.00**

*Solo para uso de la oficina
For Office Use Only*

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Por favor, escriba en letra de molde)

APPLICANT INFORMATION (Please print legibly)

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

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del SSN o núm. de control de la SSA: _____
Date of Birth: _____ Last 4 digits of SSN or SSA Control Number: _____

MM DD AAAA
MM DD YYYY

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

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

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

CALIFICACIÓN INICIAL (MARCAR UNA)

INITIAL QUALIFICATION (CHECK ONE)

- El solicitante es miembro de una secta o división religiosa que se opone en conciencia a la aceptación de las prestaciones de indemnización laboral y está empleado por una entidad comercial.

Applicant is a member of a religious sect or division which conscientiously objects to the acceptance of workers' compensation benefits and is employed by a business entity.

Nombre de la entidad comercial:
Business Entity Name: _____

Núm. de control del SOS: _____ FEIN: _____
SOS Control #: _____ FEIN #: _____

- El solicitante es miembro de una secta o división religiosa y está empleado por un empresario individual.

Applicant is a member of a religious sect or division and is employed by a sole proprietor.

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: _____

INFORMACIÓN INICIAL SOBRE LA LICENCIA
INITIAL LOCAL BUSINESS LICENSE INFORMATION

Condado:
County: _____

Núm. de licencia:
License #: _____

Fecha de vencimiento:
Exp. Date: _____

Ciudad/Pueblo:
City/Town: _____

Núm. de licencia:
License #: _____

Fecha de vencimiento:
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. § 50-6-903 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 TCA § 50-6-903 *et seq.* I understand that any false statement I make on the application is subject to the penalties of perjury set out in TCA § 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.

ADJUNTAR EL AFIDÁVIT DE REGISTRO DE EXENCIÓN CON ESTE FORMULARIO.
ATTACH THE AFFIDAVIT FOR EXEMPTION REGISTRY WITH THIS FORM.

Firma del solicitante:
Applicant Signature: _____

Fecha:
Date: _____