

**SOLICITUD DE COPIA DEL AVISO DE REGISTRO DEL  
REGISTRO DE EXENCIÓN DE INDEMNIZACIÓN LABORAL**  
WORKERS' COMPENSATION EXEMPTION REGISTRATION  
REQUEST FOR COPY OF REGISTRATION NOTICE



**Tennessee Bureau of  
Workers' Compensation**

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

**Tasa de presentación: \$20.00 por copia**  
**Filing Fee \$20.00 per copy**

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

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**  
APPLICANT INFORMATION

Núm. de control de registro:

Registration Control #: \_\_\_\_\_

Nombre:

Inicial:

Apellido:

First: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:

Últimos 4 dígitos del SSN:

FEIN: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Last 4 digits of SSN: \_\_\_\_ \_

FEIN: \_\_\_\_\_

*Month Day Year*  
*Mes Día Año*

**NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DE LA PERSONA QUE DEBE RECIBIR**  
NAME AND MAILING ADDRESS OF PERSON TO RECEIVE THIS REQUEST

**(MARCAR UNA)**

**(CHECK ONE)**

- Enviar al solicitante a la dirección postal registrada.  
Send to registrant at the mailing address on file.
- Enviar al solicitante a la dirección de correo electrónico registrada.  
Send to registrant at the e-mail address on file.
- Enviar a la persona que figura en la siguiente dirección de correo electrónico.  
Send to the person listed below e-mail address.
- Enviar a la persona que figura en la siguiente dirección postal.  
Send to the person listed below mailing address.

Nombre:

Name: \_\_\_\_\_

Dirección:

Address: \_\_\_\_\_

Ciudad:

Estado:

Cód. postal:

City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono:

Correo electrónico:

Phone: ( ) -

Email: \_\_\_\_\_

Next page >

**SOLICITUD DE COPIAS**  
COPIES REQUEST

Solicito una copia de la notificación de registro de exención para el solicitante indicado.  
I am asking for a copy of the exemption registration notice for the applicant listed.

Indique el número total de copias que solicita:

Please indicate the total number of copies being requested: \_\_\_\_\_

**TASA DE TRAMITACIÓN**  
PROCESSING FEE

Esta solicitud debe ir acompañada de la tasa de tramitación legal de \$20.00 por copia. No se concederá ningún crédito. Haga los cheques a nombre de: ***Bureau of Workers' Compensation***. **Las solicitudes no se pueden realizar por teléfono, correo electrónico o fax.**

This request must be accompanied by the statutory processing fee of \$20.00 per copy. No credit will be extended. Make checks payable to: ***Bureau of Workers' Compensation***. **Requests cannot be taken by telephone, email, or fax.**