

**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
(800) 332-2667

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

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

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE
APPLICANT INFORMATION**

Núm. de control de registro:

Registration Control #: _____

Nombre:

First: _____

Inicial:

MI: _____

Apellido:

Last: _____

Fecha de nacimiento:

Date of Birth: ____ / ____ / ____

*Month Day Year
Mes Día Año*

Últimos 4 dígitos del SSN:

Last 4 digits of SSN: ____ - ____ - ____ - ____

FEIN: _____

FEIN: _____

**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:

City: _____

Estado:

ST: _____

Cód. postal:

Zip: _____

Teléfono:

Phone: (____) ____ - ____ - ____

Correo electrónico:

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.**