

**SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN DEL
REGISTRO DE EXENCIÓN DE INDEMNIZACIÓN LABORAL INICIAL
INITIAL WORKERS' COMPENSATION EXEMPTION REGISTRATION
APPLICATION FOR REINSTATEMENT**



**Tennessee Bureau of
Workers' Compensation**
220 French Landing Drive, 1B
Nashville, TN 37243
(615) 532-1319
(800) 332-2667

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

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE
APPLICANT INFORMATION**

Núm. de control de registro:

Registration Control #: _____

Nombre:

First: _____

Inicial:

MI: _____

Apellido:

Last: _____

Fecha de nacimiento:

Date of Birth: ____ / ____ / ____

*Mes Día Año
Month Day Year*

Últimos 4 dígitos del SSN:

Last 4 digits of SSN: ____ _ _ _

FEIN:

FEIN: _____

**DATOS DE LA REVOCACIÓN INICIAL (Debe marcar uno)
INITIAL REVOCATION DETAILS (Must check one)**

- Junta para la Concesión de Licencias a Contratistas - Se adjunta una carta de autorización emitida por la Junta para la Concesión de Licencias a Contratistas y una copia de la licencia activa del contratista, junto con todos los demás documentos necesarios para la reincorporación.
Board for Licensing Contractors - A clearance letter issued by the Board for Licensing Contractors and a copy of the contractor's active license is attached along with all other documents required for reinstatement.
- Secretario de Estado/Pago no efectuado - Se adjunta el pago en forma de cheque de caja o giro postal junto con todos los demás documentos requeridos para la reincorporación.
Secretary of State/Dishonored Payment - Payment in the form of a cashier's check or a money order is attached along with all other documents required for reinstatement.
- Secretario de Estado/Entidad comercial inactiva - La entidad comercial asociada con el registro del solicitante debe estar activa y al día en los registros de la Secretaría de Estado antes de presentar todos los demás documentos requeridos para el registro de exención de la indemnización laboral.
Secretary of State/Business Entity Inactive - The business entity associated with the applicant's registration must be active and in good standing on the records of the Secretary of State prior to submitting all other documents required for the Workers' Compensation Exemption Registration.

**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 TCA §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 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.

Firma del solicitante:
Applicant Signature: _____

Fecha:
Date: _____

Rellene este formulario y adjunte un nuevo Formulario de Solicitud de Registro de Exención de Indemnización Laboral Inicial y las tasas correspondientes para reincorporar su exención de indemnización laboral junto con todos los demás documentos requeridos en la sección anterior de datos de la revocación.

Complete this form and attach a new Initial Workers' Compensation Exemption Registration Application Form and the applicable fees to reinstate your workers' compensation exemption along with all other documents required in the revocation details section above.