

**FORMULARIO DE CAMBIO DE DIRECCIÓN PARA EL  
REGISTRO DE EXENCIÓN DE INDEMNIZACIÓN LABORAL  
WORKERS' COMPENSATION EXEMPTION REGISTRATION CHANGE OF ADDRESS FORM**



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

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

*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: \_\_\_\_\_  
MM DD AAAA  
MM DD YYYY

Últimos 4 dígitos del SSN:  
Last 4 digits of SSN: \_\_\_\_\_

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

**NUEVA DIRECCIÓN  
NEW ADDRESS**

Dirección física:  
Physical Address: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Dirección postal:  
Mailing Address: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_