

**FORMULARIO DE CORRECCIÓN DEL SOLICITANTE DEL
REGISTRO DE EXENCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN LABORAL
WORKERS' COMPENSATION EXEMPTION REGISTRATION
APPLICANT CORRECTION FORM**



**Tennessee Bureau of
Workers' Compensation**
220 French Landing Drive, Floor 1B
Nashville, TN 37243
(615) 523-1319
(800) 332-2667

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

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

**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 INCORRECTOS
INCORRECT DATA**

**(MARCAR UNA)
(CHECK ONE)**

Se adjunta una copia del documento incorrecto (tal como se presentó).
A copy of the incorrect document (as filed) is attached.

Nombre del documento incorrecto, fecha de presentación y descripción de los datos incorrectos:
Name of the incorrect document, filing date, and description of the incorrect data:

**DATOS CORRECTOS
CORRECT DATA**

Se adjunta una copia del documento corregido que debe presentarse.
A copy of the corrected document to be filed is attached.

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: _____