

**FORMULARIO DE REVOCACIÓN VOLUNTARIA DEL
REGISTRO DE EXENCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN LABORAL
WORKERS' COMPENSATION EXEMPTION REGISTRATION
VOLUNTARY REVOCATION FORM**



Estado de Tennessee
Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, Suite 1B
Nashville, TN 37243
(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: _____ Inicial: _____ Apellido: _____
First: _____ MI: _____ Last: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del SSN: _____ FEIN: _____
Date of Birth: _____ Last 4 digits of SSN: _____ FEIN #: _____
Mes Día Año
Month Day Year

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Phone Number: _____ Email: _____

**ATESTADO
ATTESTATION**

Al marcar esta casilla, doy fe de que soy el solicitante registrado con la información indicada anteriormente y que opto voluntariamente por revocar mi registro de exención de la indemnización laboral. 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 am the applicant registered with the information noted above and I voluntarily choose to revoke my workers' compensation exemption registration. I understand that any false statement I make on the application is subject to the penalties of perjury set out in T.C.A. §39-16-702.

Doy fe de que al presentar el formulario de revocación voluntaria (marcar una opción)
I attest that when I submit the voluntary revocation form that: (check one)

TENGO una lesión relacionada con el empleo que se produjo mientras prestaba servicios a una persona o entidad que no proporcionaba cobertura en virtud de una póliza de indemnización laboral. I DO have an employment related injury that occurred while providing services to a person or entity that did not provide coverage under a policy of workers' compensation.

NO tengo una lesión relacionada con el empleo que se produjo mientras prestaba servicios a una persona o entidad que no proporcionaba cobertura en virtud de una póliza de indemnización laboral. I DO NOT have an employment related injury that occurred while providing services to a person or entity that did not provide coverage under a policy of workers' compensation.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____
Applicant Signature: _____ Date: _____