

**SOLICITUD DE REGISTRO DE EXENCIÓN DE INDEMNIZACIÓN LABORAL POSTERIOR  
FORMULARIO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA POR MOTIVOS RELIGIOSOS  
SUBSEQUENT WORKERS' COMPENSATION EXEMPTION REGISTRATION APPLICATION  
FORM FOR RELIGIOUS CONSCIENTIOUS OBJECTION**



**Tennessee Bureau of  
Workers' Compensation**

220 French Landing Drive, Floor 1B  
Nashville, TN 37243  
(615) 532-1319  
(800) 332-2667

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

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

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Por favor, escriba en letra de molde)  
APPLICANT INFORMATION (Please print legibly)**

Núm. de control de registro inicial:

Initial Registration Control # \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
First Name: \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Los últimos 4 dígitos del SSN o del núm. de  
Date of Birth \_\_\_\_\_ control de la SSA: \_\_\_\_\_  
MM DD AAAA Last 4 digits of SSN or SSA Control Number: \_\_\_\_\_  
MM DD YYYY

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_  
Physical Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_  
Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**CALIFICACIÓN POSTERIOR (MARCAR UNA)  
SUBSEQUENT QUALIFICATION (CHECK ONE)**

- El solicitante es miembro de una secta o división religiosa que se opone en conciencia a la aceptación de las prestaciones de indemnización laboral y está empleado por una entidad comercial.

Applicant is a member of a religious sect or division which conscientiously objects to the acceptance of workers' compensation benefits and is employed by a business entity.

Nombre de la entidad comercial:  
Business Entity Name: \_\_\_\_\_

Núm. de control SOS: \_\_\_\_\_ FEIN: \_\_\_\_\_  
SOS Control #: \_\_\_\_\_ FEIN #: \_\_\_\_\_

- El solicitante es miembro de una secta o división religiosa y está empleado por un empresario individual.

Applicant is a member of a religious sect or division and is employed by a sole proprietor.

**INFORMACIÓN POSTERIOR DE LA JUNTA ESTATAL PARA LA CONCESIÓN DE LICENCIAS A CONTRATISTAS (MARCAR UNA)**

**SUBSEQUENT STATE BOARD FOR LICENSING CONTRACTORS INFORMATION (CHECK ONE)**

- El negocio no tiene una licencia emitida por la Junta Estatal para la Concesión de Licencias a Contratistas.  
The business does not have a license issued by the State Board for Licensing Contractors.
- El negocio tiene una licencia activa emitida por la Junta Estatal para la Concesión de Licencias a Contratistas (datos completos a continuación).  
The business has an active license issued by the State Board for Licensing Contractors (complete details below).

Núm. de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
License #: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN POSTERIOR SOBRE LA LICENCIA COMERCIAL LOCAL  
SUBSEQUENT LOCAL BUSINESS LICENSE INFORMATION**

Condado: \_\_\_\_\_  
County: \_\_\_\_\_

Núm. de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
License #: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_  
City/Town: \_\_\_\_\_

Núm. de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
License #: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_

**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. § 50-6-903 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 § 50-6-903 *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: \_\_\_\_\_