

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
Instrucciones de solicitud

NOTA:

Md. Code Ann., Lab. & Empl. §9-201 exige que todo empleador con uno o varios empleados tenga cobertura de indemnización por accidente laboral.

El propósito de este Certificado de Cumplimiento es identificar a los empleadores que no tienen la obligación de poseer una cobertura de seguro de indemnización por accidente laboral y permitir así que dicho empleador solicite, y obtenga, una licencia o permiso de una agencia gubernamental que exija un comprobante de la cobertura de seguro de indemnización por accidente laboral. **Un Certificado de Cumplimiento no es un seguro de indemnización por accidente laboral y no es vinculante en virtud de la Comisión de Indemnización por Accidente Laboral bajo ninguna circunstancia.**

Antes de que una unidad gubernamental pueda emitir una licencia o permiso para que un empleador participe en una actividad en la que el empleador pudiese contratar a un empleado cubierto, el empleador deberá suministrar lo siguiente ante la unidad gubernamental:

- (1) un certificado de cumplimiento con este título; o
- (2) el número de la póliza o cobertura provisional del seguro de indemnización por accidente laboral.

Si un empleador no tiene cobertura de una póliza de seguro de indemnización por accidentes laborales, se debe entregar entonces una solicitud para obtener un Certificado de Cumplimiento ante la Comisión de Indemnización por Accidente Laboral de conformidad con el artículo §9-105 de la sección de Trabajo y Empleo.

Elegibilidad:

Un empleador puede obtener un Certificado de Cumplimiento a nombre del empleador, solo si el empleador es un ente señalado en el artículo 9-206(b)(1) y 9-206(b)(5) de la sección Trabajo y Empleo sin ningún empleado cubierto además de los funcionarios corporativos o miembros de una sociedad de responsabilidad limitada que han elegido estar exentos de una cobertura de indemnización por accidente laboral.

Los propietarios únicos, socios y personas que son dueños/operadores de un vehículo de clase F, y no son empleados, no son elegibles para recibir un Certificado de Cumplimiento. Para los tipos de empresa antes mencionados, se suministrará una carta de exención que pueda ser entregada ante la agencia de emisión de licencias.

Envíe por correo su solicitud a: **Workers' Compensation Commission**
Attention: IC&R Division
10 East Baltimore Street
Baltimore, Maryland 21202-1641

NO se aceptan las solicitudes enviadas por fax. No fotocopie ni reproduzca de forma electrónica. Las firmas requeridas deben ser originales.

Todo solicitante que reciba un aviso de rechazo puede: (1) volver a solicitar un certificado de cumplimiento o (2) apelar el rechazo de conformidad con los artículos 10-222 y 10-223 de la sección Gobierno Estatal del Código Anotado de Maryland.



COMISIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL

SOLICITUD DE UN CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO



INSTRUCCIONES: revise las instrucciones en la página 2 por completo antes de llenar esta solicitud. Complete en Adobe Reader, escriba a máquina o en letra de imprenta de forma legible.

Nombre de la empresa: _____

Dirección de la empresa (no se acepta un apartado postal): _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono

Número de Identificación Federal del Empleador
o Número de Seguro Social

Nombre del (de los) propietario(s) o miembro(s):

Yo, _____, _____, de la empresa antes mencionada declaro, bajo (Nombre del representante autorizado) (Título/Cargo en la empresa) penas de perjurio, que no se exige la indemnización por accidente laboral de conformidad con la sección de Trabajo y Empleo: **(seleccione el motivo apropiado marcando el recuadro contigo. No modifique ni cambie el motivo indicado).**

- a. §9-206(b)(1) (Sociedad cerrada)
 __ **Adjunte el formulario de exclusión IC-16**
- b. §9-206(b)(2) (Compañía general)
 __ **Adjunte el formulario de exclusión IC-16**
- c. §9-206(b)(3) (Empresa de agricultura)
 __ **Adjunte el formulario de exclusión IC-16**
- d. §9-206(b)(4) (Sociedad profesional)
 __ **Adjunte el formulario de exclusión IC-16**
- e. §9-206(b)(5) (Sociedad de responsabilidad limitada)
 __ **Adjunte el formulario de exclusión IC-16**

Firma

Fecha

ACCIÓN DE LA COMISIÓN

La solicitud de un Certificado de Cumplimiento se: APRUEBA RECHAZA

Firma autorizada
Comisión de Indemnización por Accidente Laboral

Fecha

COMISIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL



FORMULARIO DE EXCLUSIÓN

INSTRUCCIONES: de conformidad con el artículo 9-206 de la sección de Trabajo y Empleo del Código Comentado de Maryland, los funcionarios o miembros de ciertas empresas pueden optar por estar exentos de la cobertura del seguro de indemnización por accidente laboral al llenar este Formulario de Exclusión ante la Comisión. Para ejercer esta opción, el funcionario o miembro que haga la elección debe firmar este documento. Envíe por correo el formulario *original* a la Comisión de Indemnización por Accidente Laboral, una copia a la aseguradora de la empresa/sociedad y mantenga una copia para sus archivos.

Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tipo de empresa:

- Sociedad cerrada
- Compañía general
- Empresa de agricultura
- Sociedades profesionales
- Sociedad de responsabilidad limitada

Nombre de la empresa aseguradora: _____

Fecha de notificación de la empresa aseguradora: _____

Nombre mecanografiado y título del funcionario o miembro que elige la exclusión	% de propiedad	Firma personal
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(El total no puede exceder 100)	<u>0.00</u>	

NOTA: Al firmar el presente formulario de exclusión, cada funcionario o miembro declara bajo pena de perjurio que la información incluida en este formulario es verdadera y correcta según el leal saber y entender de dicho funcionario o miembro.