



## DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO CON LA LEY DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL

El artículo 1-202 del Código General Comentado de Salud de Maryland exige que antes de emitir cualquier licencia o permiso en virtud de este artículo para que un empleador participe en una actividad en la que el mismo pueda contratar a un empleado cubierto, tal como se define en el artículo 9-101 de la sección de Trabajo y Empleo, el empleador deberá presentar ante la autoridad emisora un certificado de cumplimiento con la Ley de Indemnización por Accidente Laboral de Maryland o la póliza de cobertura de indemnización por accidente laboral o el número de cobertura provisional.

**Encierre en un círculo el número de la opción a continuación que aplica a la empresa o persona para la cual se solicita una licencia o permiso, suministre la información solicitada, firme, feche este formulario y entréguelo junto con su solicitud.**

1. Tengo cobertura de indemnización por accidente laboral:

Nombre de la empresa aseguradora \_\_\_\_\_

Número de póliza a cobertura provisional \_\_\_\_\_

2. Soy miembro de una sociedad de responsabilidad limitada o un funcionario de una corporación y no tengo empleados cubiertos. (ADJUNTE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LA COMISIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL).

3. Soy auto asegurado. Se ha recibido una aprobación de autoseguro por parte de la Comisión de Indemnización por Accidente Laboral. (ADJUNTE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LA COMISIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL).

4. Soy el único propietario o socio de una empresa y no tengo empleados cubiertos. (ADJUNTE UNA COPIA DE LA CARTA DE EXENCIÓN DE LA COMISIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL).

**Tipo de licencia (marque una opción):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Instalación permanente de servicios alimentarios                 | <input type="checkbox"/> Instalación ambulante de servicios alimentarios |
| <input type="checkbox"/> Instalación ambulante con reciprocidad de servicios alimentarios |  |
| <input type="checkbox"/> Instalación provisional de servicios alimentarios                | <input type="checkbox"/> Terreno para acampar                            |
| <input type="checkbox"/> Estacionamiento para casas rodantes                              | <input type="checkbox"/> Spa y piscinas públicas                         |
| <input type="checkbox"/> Instalación de aves exóticas                                     |  |

**Declaro solemnemente bajo pena de perjurio que la información suministrada en este formulario es verdadera.**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del solicitante  
empresa

\_\_\_\_\_  
Cargo del solicitante en la

\_\_\_\_\_  
Dirección postal de la empresa  
empresa

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal de la

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma