Oficina de Compensación a Trabajadores
Tennessee Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002
800-332-2667

FORMULARIO I-4
FORM I-4

AVISO DE ELECCIÓN
NOTICE OF ELECTION

Este formulario es para ser completado por un:

- **Propietario único**
- **Miembro de LLC, o**
- **Asociado**

Que no es un proveedor de servicios de construcción como lo define el T.C.A §50-6-901(5), que desea ser considerado como empleado y elige cumplir con las provisiones de la Ley de Compensación a Trabajadores de Tennessee.

This form is to be completed by a:

- **sole proprietor,**
- **member of LLC, or**
- **partner**

who is not a construction services provider as defined in T.C.A §50-6-901(5), who wishes to be considered as an employee and elects to come under the provisions of the Tennessee Workers' Compensation Law.

A la Oficina de Compensación a Trabajadores:
To the Bureau of Workers' Compensation:

Por el presente, a Ud. se le notifica de que yo, _____
Introduzca o Escriba Nombre NSS

You are hereby notified that I, _____
Type or Print Name SSN

siendo un (marque uno) (being a (check one)) ☐ Propietario único (Sole Proprietor)
☐ Miembro de LLC (Member of LLC)
☐ Asociado (Partner)

de la siguiente empresa (in the following business:)

_____
Nombre y FEIN de la empresa
Business name & FEIN:

por el presente elijo cumplir con las provisiones de la Ley de Compensación a Trabajadores de Tennessee hereby elects to come under the provisions of the Tennessee Workers' Compensation Law.

_____

Firma (signature)

_____

Dirección de Correo de Empresa (Business Mailing Address)

_____

Dirección de Calle de Empresa, si es diferente a la de arriba (Business Street Address, if different from above)

_____

Ciudad (City) Estado (State) Código Postal (ZIP)

Firmado este día _____del _____de 20 ____.

Signed this _____day of _____, 20_____.