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

FORMULARIO I-5
FORM I-5

AVISO DE RETIRO
NOTICE OF WITHDRAWAL

Este formulario solamente puede ser presentado por un propietario único, miembro de LLC, o asociado que elige revocar un FORMULARIO I-4 presentado previamente
This form can be filed only by a sole proprietor, member of LLC or partner who elects to revoke a previously-filed FORM I-4.

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

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

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:

deseo retirar mi Formulario I-4 previamente presentado. Ya no elijo cumplir con las provisiones de la Ley de Compensación a Trabajadores de Tennessee.
wish to withdraw my previously filed Form I-4. I no longer elect 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_____.