

Formulario AR-A

Ark. Code Ann. §
11-9-102(9)(D),
11-9-402
(Revisada el 1-1-2024)

ARKANSAS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION

324 Spring Street, Little Rock, AR 72201
Mail: P.O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950
501-682-3930/1-800-622-4472

A

Asegúrese de incluir: la solicitud, certificada ante notario, y
Cheque o Money Order por \$ 50 a nombre de
Arkansas Workers' Compensation Commission

SOLICITUD PARA CERTIFICADO DE NO COBERTURA

Favor de tener en cuenta antes de completar esta solicitud:

- La ley de Arkansas por lo general exige un seguro de compensación de trabajadores por cada empleo:
 - en el que tres (3) o más trabajadores están empleados por el mismo empleador;
 - en la que dos (2) o más empleados están comprometidos en la construcción o la construcción de obras de reparación;
 - en el que un (1) o más empleados están empleados por un contratista que subcontrata una parte de su contrato;
 - en el que uno (1) o más trabajadores están empleados por un subcontratista.
- Para llegar al número anterior, el empleado se debe definir como, pero no limitarse a ello, a un propietario, un empresario individual, un socio o socios que se dedican a jornada completa a la asociación, un empleado de jornada completa, a jornada parcial, y un voluntario.
- Es un delito grave para cualquier empleador o contratista exigir a cualquier empleado o sub-contratista el pago, o la contribución a la cobertura de seguro de compensación de trabajadores.
- Es un delito grave para cualquier empleador o contratista a exigir a cualquier empleado o sub-contratista la obtención de un Certificado de no cobertura.
- La dirección a continuación deberá ser la PROPIA del solicitante o su domicilio, y NO la dirección de la empresa respecto a la que el solicitante es parte contratante o para la que el solicitante esté haciendo un proyecto.
- Cualquier pregunta o comentario puede ser referido a su agente de compensación de seguros o a la Arkansas Workers' Compensation Commission.

Información del solicitante (en letra de imprenta):

(Nombre Impreso) _____ Seguro Social _____ Fecha _____ Firma _____

(Dirección de Correo Electrónico) _____ (Número de Teléfono) _____

Nombre de la empresa (TODOS los nombres bajo los que usted haga negocios): _____

Dirección del Negocio: _____

Naturaleza del Negocio/ Tipos de Servicios: _____

1. Sí No ¿Emplea el negocio a otras personas además de las partes citadas arriba?

2. Sí No ¿Se trata de una empresa o de empresas constituidas?

3. Si usted o alguno de sus empleados están cubiertos por una póliza de compensación de trabajadores, por favor indique:

Compañía de Seguros : _____ Número de la Póliza : _____

Si las respuestas a las preguntas anteriores son "sí", entregue la solicitud a su agente de seguros para su posterior tramitación durante la constitución de su política de compensación de seguros. El agente debe proporcionar la siguiente información, y después remitirá la solicitud a Arkansas Workers' Compensation Commission en la siguiente dirección:

Nombre del agente _____

Dirección del Agente _____

(Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____

Firma del Agente _____

Si las respuestas a TODAS las preguntas anteriores fueron "no", preséntese el 'Formulario A' a: Coverage/Compliance Section, Arkansas Workers' Compensation, P.O. Box 950, Little Rock, Arkansas 72203-0950; o entréguese a: 324 Spring St., Little Rock, Arkansas 72201. Su solicitud será procesada y la acción a tomar le será comunicada dentro de diez (10) días hábiles.

VER INFORMACIÓN IMPORTANTE AL OTRO LADO

Formulario A AWCC
(Solicitud de Certificado de No Cobertura)

El Formulario A no se utiliza para la exclusión de una póliza de compensación de trabajadores por parte de empresas o de funcionarios de empresas, empresarios individuales, socios de la asociación, miembros de una sociedad de responsabilidad limitada, miembros de una asociación profesional, o por cuenta propia empleador que no sea un subcontratista y que sea propietario y opere su propio negocio. Las exclusiones de funcionarios corporativos respecto a cobertura serán tramitadas directamente por el agente /la compañía.

Si la respuesta es afirmativa a la pregunta 1 en el **Formulario A**, la solicitud de no cobertura será rechazada a menos que:

1. El agente proporcione una copia de la página de declaraciones o la solicitud del Consejo Nacional de Solicitud de Compensación de Seguros como prueba de cobertura de compensación de trabajadores, o
2. El/la solicitante aporte pruebas conclusivas de que la cobertura no sea necesaria.

Existe ayuda disponible para rellenar el Formulario A y / o la declaración jurada que se adjunta en la Sección de Cumplimiento de la AWCC. La información general está disponible en la AWCC marcando el 800-622-4472 fuera del Condado de Pulaski, o el 501-682-3930.

Arkansas Code Ann. § 11-9-106 (a): "Cualquier persona o entidad que intencionalmente y a sabiendas haga cualquier declaración o representación falsas, que consciente y voluntariamente omita u oculta toda información material, o que voluntariamente y con conocimiento emplee cualquier treta, ardid o artificio con el propósito de: la obtención de cualquier beneficio o pago, o para defraudar o aumentar indebidamente o disminuir ilegalmente el pago o la indemnización de cualquier reclamación, o para obtener o evitar la cobertura de compensación de trabajadores o de eludir el pago de la cuota de seguros adecuada, o que sea cómplice de cualquiera de dichos fines, en virtud de este capítulo, será culpable de un crimen grave de clase D. El cincuenta por ciento (50%) de cualquier multa penal impuesta y recogida en virtud de... esta sección se pagará y se asignará de conformidad con la Death and Permanent Total Disability Trust Fund por parte de la Workers' Compensation Commission. "

(Revisada el 1-1-2024)

DECLARACIÓN JURADA DE CERTIFICADO DE NO COBERTURA

A la Atención de la Arkansas Workers' Compensation Commission:

Por la presente se notifica que el abajo firmante, quien presentó una solicitud de un certificado de no cobertura es:

Propietario único

Socio

Miembro de una Sociedad de Responsabilidad Limitada

y, al ser contratado como tal en el Estado de Arkansas, ha elegido para ser excluido como empleado y de la obligación de un seguro obligatorio correspondiente a las leyes de compensación de trabajadores de Arkansas:

Firmado: _____
_____ Número de Seguridad Social

(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

El Día _____ del _____, de 2 _____

ESTADO DE ARKANSAS

CONDADO DE _____

Ante mí compareció la autoridad abajo firmante, en este día _____
quien reconoció que ejecutó la anterior con la finalidad y la consideración expresadas en la misma.

EN TESTIMONIO DE mi mano y mi sello notarial este día _____, 2 _____

Notario Público

Mi Comisión Expira : _____