

**WCE-1****SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE EXENCIÓN COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR**

Formulario del Estado 55718 (3-15)  
 Approved by State Board of Accounts, 2015  
 WORKER'S COMPENSATION BOARD OF INDIANA

\* Esta agencia está solicitando la divulgación de su Número de la Seguridad Social de conformidad con IC 4-1-8-1; divulgación es voluntaria y usted no será penalizado por la negativa.

ANOTA: Un contratista que a sabiendos y con conocimiento cause o ayude a empleados, incluyendo empleados temporales, a presentar una declaración falsa y documentos que apoyen el estatus de contratista independiente comete una felonía do Nivel 6. IC 6-3-7-5(m)

- INSTRUCCIONES: 1. Por favor escriba a máquina o letra de imprenta.  
 2. Para pagar, debe enviar un giro postal o cheque certificado.  
 3. Echa este solicitud completado y pago a **Indiana Department of Revenue, PO Box 2305, Indianapolis, IN 46206-2305.**

Nombre del contratista independiente ( <i>apellido, nombre</i> )		Nombre comercial	Tipo de actividad
Dirección ( <i>numero y calle, ciudad, estado, y código postal</i> )			Número del teléfono (      )
Dirección de correo electrónico		Número de Seguro Social*	Número de certificado de exención ( <i>PARA USO DEL ESTADO SOLAMENTE</i> )
¿Esta usted residente de Indiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si responde no, por favor indique el estado donde reside	
De acuerdo a las provisiones IC 22-3-2-14.5 y/o IC 22-3-7-34.5, yo, el abajo firmante, solicito por medio de la presente se me emita un Certificado de Exención de Contratista Independiente:			
<input type="checkbox"/> Soy un contratista independiente como definido en el IC 22-3-6-1(b)(7) y/o IC 22-3-7-9(b)(5).			
<input type="checkbox"/> Soy el único propietario según la definición establecida en IC 22-3-6-1(b)(4) y IC 22-3-7-9(b)(2) y por lo tanto estoy exento de la cobertura de indemnización para los trabajadores.			
Nombre del propietario único		Número de Seguro Social*	
<input type="checkbox"/> Soy socio de una empresa según la definición establecida en IC 22-3-6-1 (b) (5) y IC 22-3-7-9 (b) (3) y por lo tanto estoy exento de la cobertura de indemnización para los trabajadores.			
Nombre de la empresa		Número de Identificación Federal	
<input type="checkbox"/> Soy miembro o gerente de una compañía de responsabilidad limitada según la definición establecida en IC 22-3-6-1(b)(9) y por lo tanto estoy exento de la cobertura de indemnización para los trabajadores.			
Nombre de compañía de responsabilidad limitada		Número de Identificación Federal	
Yo <input type="checkbox"/> tengo <input type="checkbox"/> no tengo    otras empleados.		Yo <input type="checkbox"/> tengo <input type="checkbox"/> no tengo    seguro de compensación al trabajador por medio de una compañía de seguro privada.	
Firma del solicitante			Fecha de la firma ( <i>mes, día, año</i> )

Esta declaración jurada certifica que el solicitante es un contratista independiente como es definido en las provisiones de las leyes, que el solicitante tiene seguro de indemnización para los trabajadores o que el solicitante califica como proveedor de seguro para todos en el empleo, y el solicitante desea eximirse de la cobertura de la indemnización para los trabajadores y también el solicitante renuncia el derecho de reclamar dicha indemnización establecida en el Worker's Compensation Act, de alguien para quien el solicitante trabaja como un contratista independiente. Esta declaración jurada es legalmente vinculante, y exonera a cualquier persona y su entidad que le proporciona el seguro de indemnización para los trabajadores que contraten con el solicitante (como contratista independiente) y la entidad del solicitante que le proporciona el seguro de indemnización para los trabajadores. Esta declaración jurada no es válida sin el sello de Worker's Compensation Board. Esta declaración es válida durante un año de la fecha de emisión. **Usted debe presentar una nueva solicitud cada año para mantener el estado de exonerado. Esta información podrá ser compartida con el IRS y/o otros estados.**

**PARA USO DEL ESTADO SOLAMENTE**

**Debe pagar un cargo de \$20.00, no reembolsable.**  
 \$5.00 Department of Revenue gastos de registro     \$15.00 Worker's Compensation Board gastos de registro

Fecha de emisión (*mes, día, año*)

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD

Parte de Formulario del Estado 55718

Esta Solicitud de Certificado de Exención constituye una declaración donde usted establece que es un contratista independiente y que por lo tanto no requiere tener un seguro de indemnización para los trabajadores a su beneficio bajo el Worker's Compensation Act of Indiana. **El Indiana Department of Revenue podrá compartir esta información con Internal Revenue Service (IRS) y/u otros estados.**

Los estatutos que establecen este proceso de inscripción establecen que un contratista independiente se define de forma similar a lo establecido en la guía de impuestos del IRS para determinar la condición de contratista independiente. El IRS utiliza varios factores para determinar si un individuo es un contratista independiente o un empleado. Abajo encontrará una lista con algunas de las características de cada uno. *Si usted no reúne estos requisitos, usted no recibirá el certificado.*

## Un contratista independiente generalmente:

- dirige su propio trabajo de la manera que decida, sin instrucciones de un jefe o contratista general
- establece su propio horario;
- puede contratar asistentes;
- proporciona sus propias herramientas y materiales;
- es pagado por trabajo realizado y no por hora;
- puede recibir una ganancia o una pérdida en un trabajo; y
- puede trabajar libremente para más de una persona o empresa y puede ofrecer sus servicios al público en general.

## Un empleado generalmente:

- está bajo supervisión del empleador;
- le deducen los impuestos sobre el ingreso cuando le pagan;
- debe trabajar las horas indicadas por el empleador;
- es pagado por hora;
- debe realizar su trabajo de la forma indicada por el empleador;
- recibe entrenamiento, herramientas y equipo proporcionado por el empleador;
- no puede ofrecer sus servicios libremente a más de una persona, empresa o al público en general; y
- Puede ser despedido en cualquier momento.

**¿Ha cambiado recién su residencia al Estado de Indiana o a los Estados Unidos?** Si este es el caso, deberá proporcionar una prueba de residencia. Algunos ejemplos incluyen:

- Licencia de Conducir de Indiana válida;
- Tarjeta de Residencia Permanente (green card);
- copia de la declaración de impuesto de otro estado;
- copia de la declaración de impuesto federal;
- copia del contrato de renta o impuesto a la propiedad
- tarjeta de registro de votación;
- Número de Identificación Individual de Impuesto (ITIN) (residente extranjero)

*Esta Solicitud del Certificado de Exención de la indemnización para los trabajadores será procesada verificando su estado como un Contratista Independiente. El Indiana Department of Revenue examinará las declaraciones de impuesto anteriores para determinar si usted se ha identificado como contratista independiente anteriormente en los últimos años y si está al día con sus impuestos. De no cumplir con estos requisitos, se le negará el certificado.*

La ley IC 22-3-2-14.5 requiere que usted reciba la certificación del Department of Revenue. La Solicitud de la Certificación es introducida en su nombre en el Indiana Worker's Compensation Board para obtener su estado de Contratista Independiente. Usted deberá pagar una cuota de \$20, de los cuales \$5 (**que no se devolverán**) van para el Indiana Department of Revenue y \$15 al Indiana Worker's Compensation Board para procesar la solicitud. *La solicitud se procesará en dos (2) a tres (3) semanas en el Indiana Department of Revenue y se procesará en siete (7) días aproximadamente en el Indiana Worker's Compensation Board.* Si usted no reúne los requisitos para establecer su estado de contratista independiente, usted será contactado con instrucciones para proporcionar información adicional, o se le notificará de la denegación.

Su certificado no tendrá validez hasta que el Worker's Compensation Board lo haya estampado. Envíe por correo su solicitud al Indiana Department of Revenue para que sea procesada. Sobre aprobación de la solicitud por el Department of Revenue y el Indiana Worker's Compensation Board, usted recibirá su Certificado de Exención validado y una copia del Income Tax Information Bulletin No. 86 por correo.

Nota: Según la ley de Indiana, usted deberá estar cubierto por una póliza de indemnización para los trabajadores hasta o a menos que usted reciba el Certificado de Exención de Indemnización para los Trabajadores. Inclusive si usted es exento, usted debe cubrir cualquier empleado de su negocio.

Renuncia: Este documento fue originalmente escrito en inglés; por lo tanto, la única versión normativa es la inglesa.