



## 受監管企業的勞工賠償聲明

持有人/經營者 ( Owner/Operator ) : \_\_\_\_\_

企業以這名稱經營/企業名稱 ( DBA/Name of Business ) : \_\_\_\_\_

企業地址 ( Name of Business ) : \_\_\_\_\_ 三藩市公共衛生署許可証類型 ( SFPDH Permit Type ) : \_\_\_\_\_

本人瞭解本企業必須遵守加州勞工賠償法律的規定，以獲得並維持三藩市公共衛生署 (San Francisco Department of Public Health) 核發的有效運營許可。本人在此確認下列其中一項聲明：

- ☐ 為執行此許可範圍內工作的勞工提供賠償保險，本人目前已經及未來也會依據《勞工法》第 3700 段的規定獲得並且維持一份「**保險證書 (Certificate of Insurance)**」。本人的勞工賠償保險公司與保單號碼如下：

\_\_\_\_\_

保險公司

\_\_\_\_\_

保單號碼

- ☐ 為執行此許可範圍內工作的勞工提供賠償保險，本人目前已經及未來也會依據《勞工法》第 3700 段的規定獲得並且維持一份「**同意自我保險的證書 (Certificate of Consent to Self-Insure)**」。
- ☐ 本人證明本企業目前**不受《勞工法》第 3700 段規定的約束**。  
本人同意倘若本企業以任何方式僱用任何人，將受到加州勞工賠償法律以及《勞工法》第 3700 段規定的約束，本人將遵守該法例的規定並且將會依據三藩市公共衛生署的規定提供投保證明。

警告：未能提供勞工賠償保險是不合法的，除按《勞工法》第 3706 段規定作出補償、賠償、付利息以及律師費外，僱主還會受到刑事處罰以及最高達**十萬美元 (\$100,000)** 的民事罰款。

**本人是本企業的擁有者或授權代理人。在會觸及偽證處罰情況下，本人聲明本勞工賠償聲明中的資訊均是真實與正確。**

\_\_\_\_\_

日期

\_\_\_\_\_

以正楷英文清楚寫上姓名

\_\_\_\_\_

申請人簽名

DPH Use Only: ☐ Signature Verified by \_\_\_\_\_