

## Declaración de Compensación del Trabajador para Negocios Regulados

Owner/Operator: \_\_\_\_\_

DBA/Name of Business: \_\_\_\_\_

Address of Business: \_\_\_\_\_ SFDPH Permit Type: \_\_\_\_\_

Entiendo que este negocio debe cumplir con las leyes de Compensación del Trabajador del Estado de California para obtener y mantener un permiso válido para operar emitido por el Departamento de Salud Pública de San Francisco.

Aafirmo una de las siguientes declaraciones:

- ☐ Tengo y mantendré un "**Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)**" para el seguro de Compensación del Trabajador, según lo exige la sección 3700 del Código Laboral, para la ejecución de los trabajos para los que se emitió este permiso. Mi agente de seguro de Compensación del Trabajador y el número de la póliza son:

\_\_\_\_\_  
Agente

\_\_\_\_\_  
Número de póliza

- ☐ Tengo y mantendré un "**Certificado de Consentimiento de Seguro por Cuenta Propia (Certificate of Consent to Self-Insure)**" para la Compensación del Trabajador, según lo establecido en la sección 3700 del Código Laboral, para la ejecución de los trabajos para los que se emitió este permiso.

- ☐ Certifico que este negocio **no está sujeto a los requisitos de la sección 3700 del Código Laboral** en este momento.

Acepto que si este negocio emplea alguna persona de forma tal que estaría sujeto a las leyes de Compensación del Trabajador del Estado de California y las disposiciones de la sección 3700 del Código Laboral, cumpliré con dichas disposiciones y presentaré una prueba de cobertura según lo requerido por el Departamento de Salud Pública de San Francisco.

**Advertencia:** No tener cobertura de Compensación del Trabajador es ilegal y el empleador estará sujeto a sanciones penales y multas civiles de hasta **cien mil dólares (\$100,000)**, además de los gastos de compensación, daños según lo previsto en la sección 3706 del Código Laboral, intereses y honorarios de abogados.

**Soy el propietario o un representante autorizado del propietario de este negocio. Declaro bajo pena de perjurio que la información en esta Declaración de Compensación del Trabajador es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

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