

INSTRUCCIONES:

Visítenos en línea en mtcontractor.mt.gov o llame (406) 444-7734 para recibir ayuda.

- Complete este formulario si tiene un oficio, ocupación, profesión, o negocio, está libre del control y la dirección de su agente de contratación, y no está cubierto personalmente por una póliza de seguros de compensación para trabajadores de Montana.
- Lea y complete el formulario de renuncia asociado, si comprende y acepta sus disposiciones.
- Adjunte fotocopias de la documentación comercial sugerida de la lista asociada por un total de 15 puntos por cada ocupación que se enumera a continuación.
- Adjunte un cheque de pago al Departamento de Trabajo e Industria de Montana (DLI) por un monto de \$125 (no reembolsable) o pague en línea
- * La ley de Montana requiere que las empresas dedicadas a la industria de la construcción con empleados, incluyendo las LLC y corporaciones administradas por gerentes, soliciten un Registro de contratista de construcción (CR). Existen algunas excepciones. Por favor llame o visite nuestro sitio web para preguntar.
- Envíe todos los materiales de solicitud completados a: Registration Section • PO Box 8011 • Helena MT 9604-8011

Las solicitudes incompletas y/o incorrectas pueden ser denegadas

ESTE BLOQUE PARA USO DE OFICINA

Declaro que tengo 18 años o más. Estoy haciendo estas declaraciones y representaciones para solicitar un certificado de exención de contratista independiente (ICEC) con el Departamento de Trabajo e Industria de Montana (Departamento). Entiendo que el Departamento confía en la verdad y exactitud de estas declaraciones al aprobar mi ICEC. Si mi ICEC es denegado, puedo impugnar la decisión. Declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes del estado de Montana que lo siguiente es verdadero y correcto:

TODOS LOS CAMPOS DEBEN ESTAR COMPLETOS	Primer Nombre:	IM:	Apellido:	SSN:										
	Nombre(s) de la Empresa (Si no usa un nombre comercial, estriba su nombre personal)													
	Dirección Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:									
	Dirección Física de la Empresa:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:									
	Teléfono:		Email:											
	El (los) OFICIO(S), OCUPACIÓN(ES) o PROFESIÓN(ES) para la(s) que estoy solicitando es/son en Ingles por favor:													
Estructura del Negocio: (Las selecciones deben coincidir con el registro de su nombre comercial y el registro del título de propiedad con el Secretario de Estado de MT; Comuníquese con su oficina al (406) 444-3665 para verificación) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Propietario Único </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> LLC Administrada por Gerente (construcción) (*Puede requerir CR) </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Asociación o LLP </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> LLC Administrada por Gerente (no construcción) </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> LLC Administrada por Miembros </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Corporación (construcción) (*Puede requerir CR) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Corporación (no construcción) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> Título: <input type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Vice Presidente <input type="checkbox"/> Secretario <input type="checkbox"/> Tesorero </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Propietario Único	<input type="checkbox"/> LLC Administrada por Gerente (construcción) (*Puede requerir CR)	<input type="checkbox"/> Asociación o LLP	<input type="checkbox"/> LLC Administrada por Gerente (no construcción)	<input type="checkbox"/> LLC Administrada por Miembros	<input type="checkbox"/> Corporación (construcción) (*Puede requerir CR)	<input type="checkbox"/> Corporación (no construcción)		Título: <input type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Vice Presidente <input type="checkbox"/> Secretario <input type="checkbox"/> Tesorero	
<input type="checkbox"/> Propietario Único	<input type="checkbox"/> LLC Administrada por Gerente (construcción) (*Puede requerir CR)													
<input type="checkbox"/> Asociación o LLP	<input type="checkbox"/> LLC Administrada por Gerente (no construcción)													
<input type="checkbox"/> LLC Administrada por Miembros	<input type="checkbox"/> Corporación (construcción) (*Puede requerir CR)													
<input type="checkbox"/> Corporación (no construcción)														
Título: <input type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Vice Presidente <input type="checkbox"/> Secretario <input type="checkbox"/> Tesorero														

Esta sección debe ser rubricada solo por LLC ADMINISTRADA POR GERENTE (industria no de construcción) y las empresas de la CORPORACIÓN:

- _____ inicial Soy dueño del 10% o más del número de acciones de la corporación o poseo el 10% o más de la LLC; o
 _____ inicial Poseo menos del 10% del número de acciones de la corporación o LLC, pero cuando mi propiedad se agrega con las acciones propiedad de una persona o personas enumeradas en la tercera categoría, el total es el 10% o más del número de acciones en la corporación o LLC; o
 _____ inicial Soy el cónyuge, hijo, hijo adoptivo, hijastro, madre, padre, yerno, nuera, sobrino, sobrina, hermano o hermana de un funcionario corporativo que cumple con uno de los requisitos anteriores.

Afirmo solemnemente, bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada y aceptada en este documento y adjunta a la presente, es verdadera, correcta y precisa a mi leal saber y entender. Al firmar esta declaración de solicitud y el formulario de renuncia asociado, entiendo y acepto que, si se concede mi ICEC, RENUNCIÓ A TODOS LOS DERECHOS Y BENEFICIOS LEGALES A LOS QUE TENGO DERECHO EN VIRTUD DE LA LEY DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE MONTANA.

Applicant Signature:

APPLICANT SIGNATURE

**THIS FORM MUST
BE NOTARIZED**

State of _____

Affix Seal/Stamp:

County of _____

SUBSCRIBED and AFFIRMED before me this _____ day of _____, 20_____

By (Applicant Name): _____

Notary Signature: _____

Aviso de Violación a los Solicitantes: La ley de Montana establece una multa civil de hasta \$ 5,000 por cada violación de lo siguiente: Una persona no puede realizar un trabajo como contratista independiente sin obtener un seguro de compensación para trabajadores o un ICEC; realizar un trabajo como contratista independiente cuando el Departamento ha revocado o negado el ICEC; transferir a otra persona o permitir que otra persona use un ICEC que no se emitió a esa persona; alterar o falsificar un ICEC; y/o tergiversar la condición de la persona como contratista independiente. El Departamento tiene la autoridad para investigar sus relaciones laborales como contratista independiente. Si a través de una investigación, el Departamento determina que usted está actuando como empleado, su ICEC puede ser suspendido o revocado.

Aviso de Violación a los Agentes de Contratación: Se puede encontrar que usted es un empleador si tiene el derecho de controlar o ejercer control sobre el trabajador. Una persona que viole una disposición de la ley está sujeta a una multa que será evaluada por el Departamento de hasta \$ 5,000 por cada violación.

Aviso de Violación a los Empleadores: La ley de Montana prohíbe a los empleadores evitar su responsabilidad de proporcionar seguro de compensación para trabajadores para los empleados. Un empleador no puede exigir a un empleado a través de coerción, tergiversación o medios fraudulentos que adopte el estado de contratista independiente o ejerza control en un grado que destruya la relación de contratista independiente. Además de cualquier otra sanción o sanción, una persona o empleador que viole una disposición de la ley está sujeta a: una multa impuesta por el Departamento de hasta \$5,000 por cada violación.



Montana Department of
LABOR & INDUSTRY

RENUNCIA a los Beneficios de Compensación para Trabajadores
VÁLIDO POR DOS (2) AÑOS

INSTRUCCIONES: Visítenos en línea a mtcontractor.mt.gov llame (406) 444-7734 para ayuda.

- Ponga sus iniciales todas las declaraciones en este formulario de exención si comprende y acepta renunciar estatutariamente a todos los derechos y beneficios a los que se dirige bajo el Título 39, Capítulo 71, MCA de la Ley de Compensación de Trabajadores de Montana.
- Este formulario de exención debe acompañar su formulario de solicitud de ICEC completado, photocopies de 15 puntos de documentación comercial y la tarifa de solicitud de \$125 (no reembolsable) o recibo de pago en línea.
- Usted puede ser responsable de informar al Seguro de Desempleo; Comuníquese con su oficina al (406) 444-3783 para verificación.
- Favor de leer y comprender todas las instrucciones Y los avisos de violación enlistados al final del formulario de solicitud ICEC.

Las solicitudes incompletas y/o incorrectas pueden ser denegadas

ESTE BLOQUE PARA USO DE
OFICINA

Primer Nombre:	IM:	Apellido:	SSN:
----------------	-----	-----------	------

Estoy ejecutando esta exención como parte de mi solicitud de un certificado de exención de contratista independiente (ICEC) con el Departamento de Trabajo e Industria de Montana (Departamento).

He rubricado todas las siguientes declaraciones, cada una de las cuales entiendo y acepto:

_____ inicial	Entiendo que esta exención no es necesaria para fines de compensación de trabajadores si elijo voluntariamente obtener un seguro de compensación para trabajadores bajo el Título 39, Capítulo 71, MCA (Ley) de la Ley de Compensación para Trabajadores de Montana y entonces tendría derecho a todos los beneficios bajo la Ley. Sin embargo, al solicitar un ICEC, acepto renunciar a todos mis derechos para obtener los beneficios de cobertura para los que puedo ser elegible bajo la Ley, únicamente para cualquier trabajo realizado bajo el ICEC. Entiendo y acepto que, si me lesiono o desarrollo una enfermedad ocupacional mientras trabajo para un agente de contratación, no puedo obtener ningún beneficio bajo la Ley por todos y cada uno de los daños que surjan de cualquier lesión o enfermedad ocupacional relacionada con mi desempeño laboral bajo un ICEC. Entiendo y acepto que, si muero de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con mi desempeño laboral bajo un ICEC, esta exención es efectiva contra cualquiera de mis beneficiarios según lo designado por la Ley.
_____ inicial	Entiendo y acepto que, si se concede mi ICEC, se presumirá de manera concluyente en el tribunal que he renunciado a todos los beneficios bajo la Ley por el trabajo realizado bajo el certificado.
_____ Inicial	Me dedico a un oficio, ocupación, profesión o negocio establecido de forma independiente y he proporcionado documentación precisa y veraz al Departamento para verificar la existencia de esta ocupación en mi declaración de solicitud.
_____ inicial	Al actuar como contratista independiente, acepto mantener mi condición de contratista independiente al estar libre de control o dirección sobre el desempeño de mis servicios y los detalles de mi trabajo, tanto bajo contrato como, de hecho. Estoy de acuerdo en que a los agentes de contratación solo se les permitirá ofrecer dirección y ejercer control en asuntos esenciales para especificar el resultado final. Entiendo que mientras realizo un trabajo bajo mi ICEC estoy renunciando a los beneficios bajo la Ley a menos que tenga un acuerdo escrito u oral para trabajar como empleado para ese agente de contratación.
_____ Inicial	Entiendo y acepto que soy responsable de todos los impuestos relacionados con mi trabajo como contratista independiente.
_____ inicial	Entiendo que el Departamento tiene la autoridad para investigar mis relaciones laborales como contratista independiente y puede suspender o revocar mi ICEC si corresponde.
_____ inicial	Entiendo que, si se concede, mi ICEC permanecerá vigente durante DOS años para las ocupaciones enumeradas en el certificado, a menos que notifique al Departamento por escrito que quiero que se cancele el ICEC, o que el Departamento revoque o suspenda el ICEC. Entiendo que, si quiero mantener mi ICEC, tendré que volver a aplicar cada dos años.
_____ inicial	Estoy en su sano juicio, tengo 18 años de edad o más, he leído y entiendo esta renuncia, y estoy ejecutando voluntaria y conscientemente esta renuncia <u>libre de coacción, coerción o tergiversación de cualquier persona</u> .

Esta sección debe ser rubricada solo por LLC ADMINISTRADA POR GERENTE/(MANAGER-MANAGED LLC) (industria no de la construcción) y empresas de CORPORACIÓN:

_____ inicial	Entiendo y acepto que como funcionario corporativo calificado, o como gerente calificado de una compañía de responsabilidad limitada administrada por un gerente (LLC) que no se dedica a la industria de la construcción, que posee directamente o, cuando se agrega con familiares calificados, posee el 10% o más de las acciones de una corporación o LLC, estoy exento del requisito de obtener cobertura de compensación para trabajadores en virtud de la Ley, según lo dispuesto por § 39-71-401(2)(r)(iii) o (iv), MCA. Sin embargo, no estoy exento de las leyes de Seguro de Desempleo de Montana, y debo informar mis salarios a la División de Seguro de Desempleo.
------------------	--

Afirmo solemnemente, bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada y aceptada en este documento y adjunta a la presente, es verdadera, correcta y precisa a mi leal saber y entender. Al firmar esta declaración de solicitud y el formulario de renuncia asociado, entiendo y acepto que, si se concede mi ICEC, RENUNCIO A TODOS LOS DERECHOS Y BENEFICIOS LEGALES A LOS QUE TENGO DERECHO EN VIRTUD DE LA LEY DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE MONTANA.

Applicant Signature: _____

(APPLICANT SIGNATURE MUST BE NOTARIZED)

**THIS FORM MUST
BE NOTARIZED**

State of _____

County of _____

SUBSCRIBED and AFFIRMED before me this _____ day of _____, 20_____

By (Applicant Name): _____

Notary Signature _____

Affix Seal/Stamp

INSTRUCCIONES:

 Visítenos en línea a mtcontractor.mt.gov llame (406) 444-7734 para ayuda.

- La siguiente es una lista de documentación comercial sugerida con posibles valores de puntos considerados por el Departamento de Trabajo e Industria de Montana (Departamento) para demostrar que cada solicitante está realmente establecido en un oficio, ocupación, profesión o negocio y califica para un certificado de exención de contratista independiente (ICEC).
- Debe obtener 15 puntos de documentación comercial para cada oficio, ocupación, profesión o negocio que figura en su solicitud de ICEC.
- Cada elemento de documentación debe estar completo, ser válido y actual- No puede estar incompleto, desactualizado o caducado.
- Cada elemento de documentación puede contar para puntos en más de un oficio, ocupación, profesión, o negocio
- El Departamento tiene la discreción de evaluar la confiabilidad de la documentación comercial a fin de otorgar puntos por los artículos presentados.

Las solicitudes incompletas y/o incorrectas pueden ser denegadas

VALOR MÁXIMO DE PUNTOS
CATEGORÍA DE 6 (o más) PUNTOS

Cuentas de compensación de trabajadores, seguro de desempleo e ingresos para empleados (los tres)	10
Memorándum de compensación o contrato que demuestre el estado de contratista independiente o el contrato de alquiler de equipos de emergencia	
<ul style="list-style-type: none"> • Pago basado en Proyecto completado • Fecha de inicio y finalización del contrato • Responsabilidad por no completar el proyecto • Identifica quién proporciona los materiales y suministros • Cuerpo definido del trabajo, proyecto completo o resultado final • Firma de todas las partes interesadas 	6
Seguro de responsabilidad comercial general o certificado de fianza de seguro (debe contener información de contacto del agente y fechas de vigencia actuales)	6
Lista de herramientas y equipos propiedad y controlados por el solicitante con valor aproximado (debe estar firmado y fechado)	6
Formularios o registros de impuestos comerciales - Anexos C, E, F o K del IRS (deben estar dentro de los últimos tres años)	6
Formulario 1099s: dos agentes de contratación diferentes y montos de compensación que difieren de los Anexos C, E, F o K del IRS (deben estar dentro de los últimos tres años)	6
Contrato de arrendamiento de una empresa de camiones	6
Certificación de preferencia indígena por parte de una tribu indígena reconocida a nivel federal conforme a las leyes de esa tribu	6

VALOR MÁXIMO DE PUNTOS
CATEGORÍA DE 3 PUNTOS

Acuerdo de asociación (debe proporcionarse si marca la estructura comercial de la asociación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Intención de formar una asociación • Contribución por parte de todos los socios • Un interés de propiedad y un derecho de control por parte del socio de trabajo • El reparto de pérdidas/ganancias • Función del solicitante como socio de trabajo • Firma de todas las partes interesadas 	3
Licencia profesional relevante para su oficio, ocupación o profesión	3
Certificación educativa relevante para su oficio, ocupación o profesión sin licencia	3
Licencia o permiso comercial de la ciudad o del condado	3
Registro del nombre comercial y la estructura con el Secretario de Estado de Montana	3
Artículos de incorporación, organización o informe anual (que refleja solo funcionarios/gerentes/miembros de LLC y Corporaciones)	3
Documentación de ubicación comercial (contrato de arrendamiento o alquiler, declaración de impuestos a la propiedad comercial o IRS 8829)	3
Cuenta bancaria para su negocio (no puede ser personal)	3
Membresía o afiliación profesional	3
Publicidad (sitio web de Internet, periódico, guía telefónica o revista)	3

VALOR MÁXIMO DE PUNTOS
CATEGORÍA DE 1.5 PUNTOS

Registro de Contratistas de Construcción	1.5
Formularios, tarjetas de presentación o folletos pre impresos	1.5
Facturas facturadas al nombre de su empresa	1.5
Publicidad para su negocio mediante letreros en vehículos, patios, tablones de anuncios, volantes o redes sociales	1.5
Recibo de pedidos de sombreros, camisas u otras prendas de vestir, bolígrafos o lápices impresos para su negocio	1.5
Prueba documentada del número de identificación federal del empleador (FEIN, TEIN o TIN)	1.5
Tarjeta de crédito o cuenta de compra para su negocio (no puede ser personal)	1.5
Factura telefónica o de servicios públicos para negocios (no puede ser personal)	1.5
Registro de vehículos para su negocio (no puede ser personal)	1.5
Número de cuenta del impuesto internacional sobre el combustible (IFTA)	1.5
Número USDOT	1.5
Número de Dunn y Bradstreet	1.5