

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

Complete este registro si su empresa se dedica a la industria de la construcción y tiene empleados, o es una LLC administrada por un gerente o una corporación.

Las LLC y corporaciones deben registrar su entidad comercial en la oficina Secretario del Estado de Montana; Se verificará la estructura del negocio y los directores.

Para calificar para un estatus de "Solo Oferta", su negocio fuera del estado no puede realizar trabajo activamente en Montana. Una vez que se le adjudique el trabajo en Montana, deberá notificarnos por escrito inmediatamente para cambiar su estatus y proporcionar una prueba de póliza de seguro de compensación para trabajadores válida del estado de Montana para sus empleados.

Las empresas que trabajan en Montana con empleados deben proporcionar prueba de una póliza de seguro de compensación para trabajadores válida de Montana.

Empresas fuera del estado - consulte el reverso o la segunda página para conocer los requisitos para demostrar el cumplimiento de las leyes de la compensación de trabajadores de Montana.

Adjunte un cheque de pago al Departamento de Trabajo e Industria de Montana (DLI) por un monto de \$70 (no reembolsable) o pague en línea.

Firme y envíe esta solicitud completa a: Dept of Labor and Industry/Registration Section • PO Box 8011 • Helena, MT 59604-8011

ESTE BLOQUE PARA USO DE OFICINA

Nombre de la Empresa:			¿Esta empresa tiene empleados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Póliza#:
			Nombre de la compañía de compensación para trabajadores		
Número de identificación del empleador federal si es necesario, o SSN: (Llame al IRS al 1 (800) 829-1040 para verificar sus obligaciones tributarias)			¿Esta empresa tiene empleados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Póliza#:
			Nombre de la Organización Profesional de Empleadores (PEO):		
Dirección postal:			¿Esta empresa tiene empleados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			Nombre del contratista de servicios temporal (TSC):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	¿Es usted un empresa fuera del estado y solicita el estado de "SOLO OFERTA"?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono:	Correo electrónico:		¿Es este empresa en la industria de la construcción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Agente Registrado:			¿Es este empresa en la industria de camiones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			¿Este empresa realiza trabajos únicamente en la construcción residencial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	


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)

Propietario único (Enliste al propietario abajo) Asociación o LLP (Enliste a socios abajo) LLC administrada por miembros (Enliste miembros abajo) LLC administrada por Gerentes (Enliste Gerentes abajo) Corporación (Enliste a funcionarios abajo)

Los propietarios únicos, socios, miembros de LLC administradas por miembros y gerentes de LLC administradas por gerentes que trabajan en un lugar de trabajo en Montana, y NO están cubiertos personalmente por una póliza de seguro de compensación para trabajadores de Montana, deben tener o solicitar un certificado de extensión de contratista independiente activo (ICEC). Cada solicitud de ICEC cuesta \$125 (no reembolsable).

Los funcionarios corporativos que trabajan en Montana se consideran empleados y deben estar cubiertos por una póliza de seguro de compensación para trabajadores de Montana, a menos que el funcionario posea el 10% o más de las acciones de la corporación, o esté relacionado con otro funcionario de la corporación y las acciones agregadas equivalgan al 10% o más. Ver reverso o segunda página para la explicación.

Si es necesario, adjunte una hoja adicional a la lista de propietarios, socios, miembros, gerentes o funcionarios corporativos.			Porcentaje de propiedad:	Trabajo realizado en Montana: (seleccione todas las que correspondan)	¿Cubierto personalmente por la compensación de trabajadores de Montana?	*Solo funcionarios del cuerpo* ¿Está relacionado con otro funcionario corporativo, y acciones combinadas iguales al 10% o más:
Primer Nombre • IM • Apellido:	SSN:	Dirección Postal • Ciudad • Estado • Código Postal:				
			%	<input type="checkbox"/> Sitio de Obra <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ICEC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			%	<input type="checkbox"/> Sitio de Obra <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ICEC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			%	<input type="checkbox"/> Sitio de Obra <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ICEC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			%	<input type="checkbox"/> Sitio de Obra <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ICEC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

 Firma del solicitante:

 Nombre impreso:



ATENCIÓN FUNCIONARIOS CORPORATIVOS:

Código de Montana Anotado 39-71-401 (2) (r) exime de la cobertura de compensación para trabajadores, a los funcionarios de una corporación y a los gerentes de una compañía de responsabilidad limitada administrada por un gerente (excluyendo a los gerentes de una LLC administrada por un gerente que trabaja en la industria de la construcción) que cumplen con los criterios especificados. Para estar exento, se debe cumplir uno de los siguientes criterios:

- (i) el funcionario o gerente no está involucrado en los deberes ordinarios de un trabajador para la corporación o la compañía de responsabilidad limitada y no recibe ningún pago de la corporación o la compañía de responsabilidad limitada por el desempeño de los deberes;
- (ii) el funcionario o gerente se dedica principalmente al empleo doméstico para la corporación o la compañía de responsabilidad limitada;
- (iii) el funcionario o gerente:
 - (A) posee el 10% o más del número de acciones de la corporación o posee el 10% o más de la compañía de responsabilidad limitada;
 - (B) posee menos del 10% del número de acciones de la corporación o compañía de responsabilidad limitada si las acciones del funcionario o gerente, cuando se agregan con las acciones propiedad de una persona o personas enumeradas en la subsección (2) (r) (iv) suman el 10% o más del número de acciones de la corporación o compañía de responsabilidad limitada; o
- (iv) el funcionario o gerente es el cónyuge, hijo, hijo adoptivo, hijastro, madre, padre, yerno, nuera, sobrino, sobrina, hermano o hermana de un funcionario corporativo que cumple con los requisitos de la subsección (2) (r) (iii) (A) o (2) (r) (iii) (B).

Si un funcionario corporativo no cumple con los criterios enumerados en el Código de Montana Anotado 39-71-401 (2) (r), debe estar cubierto por una póliza de seguro de compensación para trabajadores de Montana.

DEMOSTRAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE MONTANA:

Si su empresa tiene empleados, deberá proporcionar prueba de una póliza válida de Compensación para Trabajadores de Montana antes de que el departamento apruebe su CR. El departamento intentará verificar la cobertura utilizando la base de datos nacional de compensación para trabajadores del Consejo Nacional de Seguro de Compensación (NCCI). Sin embargo, puede haber un retraso en las nuevas pólizas que se informan de las aseguradoras al NCCI y hay algunos estados que simplemente no informan al NCCI. Para evitar posibles retrasos en el procesamiento de su RC, debe proporcionar una de las dos opciones enumeradas a continuación con su solicitud de RC.

Opción 1: Proporcionar una página de declaraciones de la política de compensación para trabajadores si todas las siguientes condiciones se han cumplido:

- La aseguradora es una compañía autorizada para suscribir cobertura de compensación para trabajadores en Montana.
- El nombre del asegurado como se muestra en la página de declaración es el nombre de la empresa que figura en la solicitud de RC.
- El número de identificación del empleador federal como se muestra en la página de declaración es consistente con el FEIN que figura en la solicitud de RC.
- Montana se enumera específicamente en la sección 3A. No aceptaremos una política si Montana aparece solo en la Sección 3C y no aceptamos un endoso de "todos los demás estados" para las empresas dedicadas a la construcción.
- Aparece un número de póliza en la página de declaración.
- La página de declaración está firmada por un agente autorizado de la aseguradora.

Opción 2: Proporcionar un certificado de seguro (COI) emitido por la aseguradora de compensación para trabajadores del contratista (o grupo auto-asegurado) que indique que los empleados del contratista están cubiertos por responsabilidad bajo la Ley de Compensación de Trabajadores de Montana y la Ley de Enfermedades Ocupacionales, siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

- La aseguradora es una compañía autorizada para suscribir cobertura de compensación para trabajadores en Montana.
- El nombre del asegurado como se muestra en el COI es el nombre de la empresa que figura en la solicitud de RC;
- El agente de la aseguradora tiene licencia para hacer negocios en Montana;
- Hay una firma original en el COI de un agente u otra persona que esté autorizada para obligar a la aseguradora;
- El COI especifica que Montana aparece en la sección 3A de la política; y
- El COI debe validarse dentro de los 20 días mediante la presentación de una página de declaración o política de la empresa.