

TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE, DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION  
7551 Metro Center Drive, Suite 100  
Austin, Texas 78744

EXCEPCIÓN A LA APLICACIÓN DEL ACUERDO CONJUNTO PARA AFIRMAR LA RELACIÓN INDEPENDIENTE DE  
CIERTOS TRABAJADORES DE EDIFICACIÓN Y CONSTRUCCIÓN

AVISO DE DECLARACIÓN

El Contratista General (Hiring Contractor, por su nombre en inglés) y el Contratista Independiente (Independent Contractor, por su nombre en inglés) inscritos aquí por el presente declaran que el Acuerdo Conjunto para Afirmar la Relación Independiente de Ciertos Trabajadores de Edificación y Construcción (según lo registrado en el Formulario DWC-83) no aplica al acuerdo subsiguiente de contratación entre el Contratista General y el Contratista Independiente. Nada en esta declaración anula el Acuerdo Conjunto para Afirmar la Relación Independiente de Ciertos Trabajadores de Edificación y Construcción, tal como se aplica a otros acuerdos de contratación llevados a cabo durante la vigencia del acuerdo conjunto.

FECHA DEL ACUERDO CONJUNTO PARA AFIRMAR LA RELACIÓN  
INDEPENDIENTE DE CIERTOS TRABAJADORES DE EDIFICACIÓN Y  
CONSTRUCCIÓN

FECHA DEL ACUERDO SUBSIGUIENTE DE CONTRATACIÓN AL  
CUAL SE APLICA ESTE FORMULARIO

LUGAR DE LOS SITIOS DE TRABAJO ESPECÍFICOS NO AFECTADOS POR EL ACUERDO CONJUNTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONTRATISTA GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA INDEPENDIENTE

Código Laboral de Texas, Ley de Compensación para Trabajadores, Sección 406.145.

**Afirmación del Contratista General**

Si la aseguradora de compensación para trabajadores del Contratista General cambia durante el periodo efectivo de cobertura, se aconseja que el Contratista General presente este formulario con su nueva aseguradora.

Número de Identificación de  
Impuestos Federales del  
Empleador (Federal Tax I.D.  
Number, por su nombre en  
inglés)

Firma del Contratista General

Fecha

Dirección (Calle)

Nombre en Letra de Molde del Contratista General

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

**Afirmación del Contratista Independiente**

Número de Identificación de  
Impuestos Federales del  
Empleador (Federal Tax I.D.  
Number, por su nombre en  
inglés)

Firma del Contratista Independiente

Fecha

Dirección (Calle)

Nombre en Letra de Molde del Contratista Independiente

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

**El Contratista General debe conservar el documento original.** Una copia legible de este acuerdo debe ser presentada ante la aseguradora de compensación para trabajadores del contratista general y la división dentro de 10 días, a partir de la fecha en que este acuerdo entra en vigor. El acuerdo no se considera presentado si no es legible o si está incompleto. El Contratista Independiente también debe conservar una copia de este acuerdo.

