

Estado de Rhode Island, Departamento de Trabajo y Entrenamiento, División de Compensación de Trabajadores  
P.O. Box 20190, Cranston RI 02920-0942  
Teléfono (401) 462-8100 TDD (401) 462-8084 www.dlt.state.ri.us

**NOTICIA DE DESIGNACIÓN COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE DE CONFORMIDAD CON L.G. de R.I. §28-29-17.1**

Por favor lea el otro lado

**ADVERTENCIA**

**Ninguno puede forzarlo a firmar este formulario. Cuando usted firma este formulario está exponiendo que usted es un contratista independiente y en caso de una lesión, no tiene derechos de beneficios de compensación de trabajadores**

Nombre \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_  
No. de Identificación Federal del Empleador (FEIN) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
No. de Licencia de Negocio \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Yo declaro que soy un contratista Independiente de conformidad a la L. G. de R.I. §28-29-17.1 y por lo tanto, no soy elegible o no tengo derecho a beneficios de compensación de trabajadores de conformidad al Título 28, Capítulo 29-38, de la ley de Compensación de Trabajadores del Estado de Rhode Island, por lesiones obtenidas mientras esté trabajando como un contratista independiente contratado por la entidad mencionada abajo. Este nombramiento estará en efecto mientras esté desempeñando servicios para la entidad empleadora mencionada o hasta que sea llenado el formulario de retiro de nombramiento como contratista independiente con el Departamento de Trabajo y Entrenamiento.

Nombre de la Compañía Empleadora \_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
No. de Identificación Federal del Empleador (FEIN) \_\_\_\_\_  
No. de Licencia del Negocio \_\_\_\_\_

**Advertencia! Este formulario es para propósitos de Compensación de Trabajadores solamente y el completarlo no significa que usted es un contratista independiente bajo las reglas, regulaciones y leyes de la división de Impuestos de Rhode Island y Servicios de Impuestos Internos (IRS).**

Contratista Independiente: \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Una entidad empleadora que deliberadamente asiste, ayuda e induce, solicita, conspira con o fuerza a un empleado a mal representar el estado del empleado como un contratista independiente puede estar sujeto a ser enjuiciado criminalmente bajo la ley general de Rhode Island §28-33-17.3.

**\*Esta información está disponible al público, incluyendo las compañías de seguros de Compensación de Trabajadores de las Entidades Empleadoras.**

**El departamento le enviará por correo una confirmación del expediente al contratista independiente en un período de 5 días hábiles. Si tiene preguntas, llame al 462-8555**

## **DCW-11-IC Lado de atrás**

Este es el formulario DWC 11-IC, Designación de Contratista Independiente. Esto significa que usted ha declarado que usted es un contratista independiente y NO un empleado, y que no es elegible para beneficios de Compensación de Trabajadores.

Varios factores son considerados cuando se determina si alguien es un empleado o un contratista independiente. Algunos de esos factores son: contratistas independientes establecen sus propias horas, tienen sus propias herramientas y trabajan cuando y para quien ellos elijan.

Un empleador generalmente no tiene que retener o pagar impuestos en los pagos de contratistas independiente, como lo son: seguro social, medicare, desempleo, y seguro de discapacidad temporaria (TDI).

Este formulario es para propósitos de Compensación de Trabajadores, completar este documento no significa que usted es considerado un contratista independiente bajo las reglas, regulaciones y leyes de la División de Impuestos de Servicios de Impuestos Internos de R.I.

SI TIENE PREGUNTAS ACERCA QUE SI USTED ES O NO UN CONTRATISTA INDEPENDIENTE O UN EMPLEADO POR FAVOR CONTACTE LA DIVISIÓN DE IMPUESTOS DE R.I. al (401) 222-3682 O AL SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS DEL GOBIERNO DE US AL 800-829-1040.

SI USTED SIENTE QUE ESTÁ SIENDO COERCIDO O FORZADO A FIRMAR EL FORMULARIO DE CONTRATISTA INDEPENDIENTE REPORTELO A LA UNIDAD DE PREVENCIÓN DE FRAUDE DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES AL (401) 462-8100 OPCIÓN 7.

Cuando su trabajo como contratista independiente termine con este empleador complete y regrese el formulario titulado Noticia de Retiro de Designación como Contratista Independiente, DWC-11-ICR a la Unidad de Compensación de Trabajadores del Departamento de Labor y Entrenamiento.

Si tiene alguna pregunta, contacte la división de Compensación de Trabajadores al (401) 462-8555.