

Solicitud de cobertura electiva

Propietario único, socios, funcionarios corporativos con fines de lucro o miembros/administradores de una sociedad de responsabilidad limitada (Limited Liability Company, LLC)

Puede usar este formulario para elegir la cobertura para ciertos empleos excluidos como se establece en las leyes de seguro industrial de Washington, [Título 51 del Código Revisado de Washington \(Revised Code of Washington, RCW\) 51.12.020](#). La cobertura electiva está disponible para las exenciones que se describen a continuación. Revise el tipo de entidad comercial en los puntos 1, 2 o 3, y llene ambas páginas del formulario.

Al elegir la cobertura, su empresa *debe reportar y pagar las primas* por 480 de las horas efectivamente trabajadas por el propietario único, socio, miembro o funcionario corporativo de la LLC para cada trimestre, de acuerdo con el [Código Administrativo de Washington \(Washington Administrative Code, WAC\) 296-17-31007](#). Se deben reportar las horas hasta cancelar la cobertura electiva.

1. Propietario único, socios, socios de responsabilidad limitada:

Se puede elegir la cobertura para cada individuo o para todos los propietarios. Todos los propietarios que elijan la cobertura deben firmar este formulario (ver la siguiente página).

2. Corporaciones con fines de lucro: si se elige la cobertura, se deben reportar *todos* los funcionarios y todos los funcionarios exentos deben firmar este formulario (ver la siguiente página).

Corporaciones no públicas: requisitos para la exención:

- A. Debe ser un funcionario corporativo de buena fe (que haya sido electo de acuerdo con las leyes corporativas y los artículos de incorporación) que también sea un accionista, y
- B. ejercer un control sustancial en la gestión diaria de la corporación.
- C. Un máximo de 8 (ocho) funcionarios corporativos están exentos de la cobertura obligatoria. Si una corporación no pública cuenta con más de 8 (ocho) funcionarios en algún momento, se debe identificar y reportar el número excedente de esos 8 (ocho).

Excepción: si todos los funcionarios corporativos de una corporación no pública tienen una relación sanguínea o por matrimonio hasta el tercer grado, entonces todos los funcionarios estarán exentos.

Corporaciones públicas: requisitos para la exención:

- A y B igual que arriba;
- C. debe ser un director, y
- D. no puede realizar tareas manuales.
- E. El número de funcionarios exentos de la cobertura obligatoria no tiene límite para quienes cumplan con los requisitos de exención.

Nota: Corporación no pública: Los funcionarios o directores que perciben salario como trabajadores no están exentos de la cobertura en una corporación que no emite acciones de mercado.

3. Miembro o administrador de una sociedad de responsabilidad limitada (LLC): Existen dos modelos de tipo empresarial para las LLC. Marque uno a continuación (A o B) conforme se aplique a su empresa. (Si no está seguro, puede consultar su certificado de formación que presentó ante el Secretario de Estado).

- A. Modelo de sociedad: si la administración de la compañía está conformada por sus *miembros*, entonces todos los *miembros* están exentos de la cobertura obligatoria. Si esta es la forma en que se estructura su LLC, entonces se puede elegir la cobertura para cada individuo **o** para todos *los miembros*. Todos los miembros que elijan la cobertura deben firmar este formulario (ver la siguiente página).
- B. Modelo corporativo: si la administración de la compañía está conformada por uno o más de sus *administradores*, entonces los miembros que también forman parte de los administradores están excluidos de la cobertura obligatoria, a menos que el número de miembros o administradores exceda 8, en cuyo caso se debe identificar y reportar el exceso sobre 8. Excepción: si todos los miembros o administradores de una LLC tienen una relación sanguínea o por matrimonio hasta el tercer grado, entonces todos los miembros o administradores estarán exentos. Si se elige la cobertura para sus miembros o administradores, entonces debe reportar todos los miembros o administradores, y todos ellos deben firmar este formulario (ver la siguiente página).

Yo, el abajo firmante, en mi calidad de propietario único, socio, miembro o funcionario corporativo de LLC, solicito la cobertura y estoy de acuerdo en reportar las horas como se indicó anteriormente. Entiendo que la cobertura se mantendrá vigente hasta que el departamento reciba una solicitud de cancelación por escrito. La cancelación para propietarios únicos, socios, o miembros de LLC del punto 3A anterior será efectiva en el momento de la recepción de la solicitud por escrito. La cobertura será cancelada para los funcionarios corporativos o los miembros de LLC del punto 3B anterior 30 días después de la recepción del aviso de cancelación o posteriormente si se especifica una fecha posterior. Si cancelo la cobertura, daré aviso a los socios, miembros de LLC o funcionarios corporativos afectados. *Entiendo que el departamento cancelará esta cobertura por no reportar o pagar las primas y las valoraciones.* Entiendo que la responsabilidad del pago de las primas continuará hasta la fecha de la cancelación. También entiendo que una vez que se cancele la cobertura, deberé presentar otra solicitud para restablecer la cobertura.

La fecha de entrada en vigor de la cobertura comenzará a las 12:01 a. m. del día posterior a que el Departamento de Labor e Industrias reciba la solicitud, a menos que aquí se indique una fecha posterior:

Marque una opción <input type="checkbox"/> Unico propietario <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada (LLP)	
Nombre del negocio	Nombre de contacto
Domicilio comercial	
Identificador unificado de negocios (Unified Business Identifier, UBI)	Identificación de cuenta
Número de teléfono	Fecha

Los funcionarios corporativos, socios, miembros de LLC, propietarios únicos exentos que elijan la cobertura deben llenar y firmar a continuación.

Nombre	Puesto	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Tareas	Firma		% de propiedad
Nombre	Puesto	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Tareas	Firma		% de propiedad
Nombre	Puesto	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Tareas	Firma		% de propiedad
Nombre	Puesto	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Tareas	Firma		% de propiedad
Nombre	Puesto	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Tareas	Firma		% de propiedad
Nombre	Puesto	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Tareas	Firma		% de propiedad
Nombre	Puesto	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Tareas	Firma		% de propiedad

Nombre	Puesto	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Tareas	Firma		% de propiedad

Envíe el formulario de fondo estatal
completado por correo a:
Department of Labor & Industries
Employer Services
PO Box 44140
Olympia WA 98504-4140
360-902-4817