

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

If you are not certain whether all parties meet the requirements for entering into this agreement, you may wish to consult an attorney.

Texas Workers' Compensation Act, Texas Labor Code, Section 406.141(2) defines "independent contractor" as follows: (2) "Independent contractor" means a person who contracts to perform work or provide a service for the benefit of another and who: (A) is paid by the job, not by the hour or some other time-measured basis; (B) is free to hire as many helpers as he desires and to determine what each helper will be paid; and (C) is free to work for other contractors, or to send helpers to work for other contractors, while under contract to the hiring employer.

CHECK ☐ BOX OF STATEMENT THAT APPLIES

☐ JOINT AGREEMENT TO AFFIRM INDEPENDENT
RELATIONSHIP FOR CERTAIN BUILDING
AND CONSTRUCTION WORKERS

Notice of Declaration

The undersigned Hiring Contractor and the undersigned Independent Contractor hereby declare that the Independent Contractor meets the qualifications of an Independent Contractor under Texas Workers' Compensation Act, Texas Labor Code, Section 406.141, that the Independent Contractor is not an employee of the Hiring Contractor, and that:

- (A) the Independent Contractor and the Independent Contractor's employees shall not be entitled to workers' compensation coverage from the Hiring Contractor; and
- (B) the Hiring Contractor's workers' compensation insurance carrier shall not require premiums to be paid by the Hiring Contractor for coverage of the Independent Contractor or the Independent Contractor's employees, helpers, or subcontractors.

THIS DECLARATION TAKES EFFECT UPON RECEIPT BY THE TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE, DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION. THIS DECLARATION APPLIES TO ALL HIRING AGREEMENTS EXECUTED BY THE HIRING CONTRACTOR AND THE INDEPENDENT CONTRACTOR DURING THE YEAR AFTER THIS DECLARATION IS FILED UNLESS A SUBSEQUENT HIRING AGREEMENT IS MADE TO WHICH THE DECLARATION DOES NOT APPLY. IN THE EVENT THAT A HIRING AGREEMENT TO WHICH THIS DECLARATION DOES NOT APPLY IS MADE, THE HIRING CONTRACTOR AND INDEPENDENT CONTRACTOR SHALL SO NOTIFY THE TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE, DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION AND THE HIRING CONTRACTOR'S WORKERS' COMPENSATION INSURANCE CARRIER (IF ANY) IN WRITING WITHIN 10 DAYS AFTER THE NON-APPLYING AGREEMENT IS MADE. ONCE THIS AGREEMENT IS SIGNED, THE SUBCONTRACTOR AND THE SUBCONTRACTOR'S EMPLOYEES SHALL NOT BE ENTITLED TO WORKERS' COMPENSATION COVERAGE FROM THE HIRING CONTRACTOR UNLESS A SUBSEQUENT WRITTEN AGREEMENT IS EXECUTED, AND FILED ACCORDING TO WORKERS' COMPENSATION RULES, EXPRESSLY STATING THAT THIS AGREEMENT DOES NOT APPLY.

Texas Labor Code, Texas Workers' Compensation Act, Section 406.145.

☐ AGREEMENT TO ESTABLISH EMPLOYER-
EMPLOYEE RELATIONSHIP FOR CERTAIN
BUILDING AND CONSTRUCTION WORKERS

Notice of Agreement

The undersigned Hiring Contractor and the undersigned Independent Contractor hereby agree that the Hiring Contractor ☐ will withhold ☐ will not withhold the cost of workers' compensation insurance coverage from the Independent Contractor's contract price and that the Hiring Contractor will purchase workers' compensation insurance coverage for the Independent Contractor and the Independent Contractor's employees. Once this agreement is signed, for the purpose of providing workers' compensation insurance coverage, the Hiring Contractor will be the employer of the Independent Contractor and the Independent Contractor's employees. This agreement makes the Hiring Contractor the employer of the Independent Contractor and the Independent Contractor's employees only for the purposes of workers' compensation laws of Texas and for no other purpose.

TERM (DATES) OF AGREEMENT: FROM: _____
TO: _____

LOCATION OF EACH AFFECTED JOB SITE (OR STATE WHETHER THIS IS A BLANKET AGREEMENT):

ESTIMATED NUMBER OF EMPLOYEES AFFECTED: _____

THIS AGREEMENT SHALL TAKE EFFECT NO SOONER THAN THE DATE IT IS SIGNED.

Texas Labor Code, Texas Workers' Compensation Act, Section 406.144.

Hiring Contractor's Affirmation

If the Hiring Contractor's workers' compensation carrier change during the effective period of coverage, it is advisable for the Hiring Contractor to file this form with the new insurance carrier.

74-3018169

Federal Tax I.D. Number

PO Box 302075

Address (Street)

Austin, TX 78703

Address (City, State, Zip)

Signature of Hiring Contractor

Date

Printed Name of the Hiring Contractor

Independent Contractor's Affirmation

Federal Tax I.D. Number

Signature of Independent Contractor

Date

Printed Name of the Independent Contractor

Address (Street)

Address (City, State, Zip)

The Hiring Contractor should retain the original. Legible copies of this agreement should be filed with the hiring contractor's workers' compensation insurance carrier and the Division within 10 days of the date of execution. An agreement is not considered filed if it is illegible or incomplete. Filing may be accomplished by mail or facsimile transmission. The Independent Contractor should also retain a copy of the agreement.

Division Date Stamp Here



tales límites mayor como puede ser requerido por el subcontratista de retención.
millón (\$1,000,000.00) Dólares por ocurrencia y en su conjunto, con dichos límites aplicables sobre una base por proyecto o

EXENCIÓN:

En la medida permitida por la ley, el subcontratista indemnizará y mantendrá inofensiva Lossen Bros Inc. y propietario, sus oficiales, directores, socios, representantes, agentes y empleados de y contra cualquier y todo reclamo, trajes, embargos, sentencias, daños, pérdidas y gastos, incluyendo honorarios legales y todos corte los costos y responsabilidad (incluyendo legales) que surja en todo o en parte y en cualquier forma de lesión o muerte de la persona o daño a o pérdida de cualquier propiedad que resulten de los actos, omisiones, incumplimiento o por defecto del subcontratista, sus agentes, directores, agentes, empleados y subcontratistas en relación con el desempeño de cualquier trabajo por o subcontratista en virtud de cualquier contrato orden de compra o relacionados con orden de proceder, excepto estas reclamaciones, demandas, embargos, sentencias, daños, pérdidas y gastos ocasionados por la negligencia de [nombre del subcontratista defende] y soportar todos los gastos de [nombre del subcontratista defende] o titular, sus oficiales, directores, agentes y empleados, que se presenta en todo o en parte de tales actos, omisión, incumplimiento o defecto. La anterior indemnización incluirá lesiones o la muerte de cualquier empleado del contratista o subcontratista y no se limitará en modo alguno por una cantidad o el tipo de daños, indemnización o beneficios pagaderos bajo cualquier compensación aplicable, discapacidad beneficios u otros similares empleados beneficiar de ley.

El subcontratista permite expresamente el contratista general para perseguir y hacer valer reclamaciones contra el Subcontratista por indemnización, contribución y ley común negligencia resultantes de demandas por daños y perjuicios por muerte y lesiones personales.

CONTRATISTA (firma)	SUBCONTRATISTA (firma)
(Nombre y título)	(Nombre y título)
(Fecha)	(Fecha)



Texas Department of Insurance

Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Drive, Suite 100 • Austin, Texas 78744-1609

512-804-4000 • 512-804-4346 fax • www.tdi.state.tx.us

Si usted no está seguro si todos los participantes cumplen con los requisitos necesarios para entrar en este acuerdo, puede consultar esta cuestión con un abogado, si lo desea.

La Ley de Compensación para Trabajadores, Código Laboral de Texas, Sección 406.121(2) define el término "contratista independiente" de la siguiente manera: (1) "Contratista independiente" significa una persona que contrata a personas para realizar trabajo o para proporcionar un servicio para el beneficio de otro, y quien ordinariamente: (A) actúa como el empleador de un empleado al pagar un salario, dirige actividades, y lleva a cabo otras funciones similares, las cuales tienen las características de lo que es una relación empleador-empleado; (B) es libre para determinar la manera en la cual el trabajo o servicio es llevado a cabo, incluyendo horarios de trabajo o el método de pago de cualquier empleado; (C) se le es requerido facilitar o hacer que los empleados, si es que los hay, faciliten las herramientas necesarias, provisiones, o materiales para llevar a cabo el trabajo o servicio; y (D) posee habilidades requeridas para llevar a cabo el trabajo o servicio especificado.

ACUERDO ENTRE EL CONTRATISTA GENERAL Y EL SUB CONTRATISTA PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN INDEPENDIENTE

Aviso sobre el Acuerdo

El Contratista General, y el Sub Contratista inscritos aquí por el presente declaran lo siguiente:

- (A) el Sub Contratista cumple con los requisitos para Contratistas Independientes bajo la Ley de Compensación para Trabajadores, Código Laboral, Sección 406.121;
- (B) el Sub Contratista opera como contratista independiente de la manera en que se define bajo la Sección 406.121 de la Ley;
- (C) el Sub Contratista asume las responsabilidades como empleador para la realización del trabajo; y
- (D) el Sub Contratista y los empleados del Sub Contratista no son empleados del Contratista General para los propósitos de la Ley.

PERIODO (FECHAS) DEL ACUERDO: DE: _____

A: _____

Nombre del Contratista General

Nombre del Sub Contratista

LUGAR DE CADA SITIO DE TRABAJO AFECTADO (O INDIQUE SI SE TRATA DE UN ACUERDO GENERAL):

Número estimado de empleados afectados: _____

ESTE ACUERDO ENTRA EN VIGOR EN LA FECHA EN QUE FUE FIRMADO.

Código Laboral de Texas, Ley de Compensación para Trabajadores, Sección 406.122 (b)

Afirmación del Contratista General

Si la compañía de seguros del Contratista General cambia durante el periodo efectivo de cobertura, se aconseja que el Contratista General someta este formulario con la nueva compañía de seguros.

Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN, por sus siglas en inglés)

Firma del Contratista General

Fecha

Dirección (Calle)

Nombre en letra de molde del Contratista General

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

Afirmación del Sub Contratista

Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN, por sus siglas en inglés)

Firma del Sub Contratista

Fecha

Dirección (Calle)

Nombre en letra de molde del Sub Contratista

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

El Contratista General debe conservar la copia original. El Sub Contratista también debe conservar una copia de este formulario. No es requerido someter este formulario con la División, y puede ser proporcionado a la compañía de seguros.

Division Date Stamp Here

