

# Workers' Compensation Coverage Waiver

Acceptable Support Documentation - 34A-2-1004

**\*\*All documentation must be in the name of the business entity applying for the waiver.**

To qualify for a Workers Compensation Coverage Waiver (WCCW), you must provide:

## OPTION 1

A copy of **two** of the following:

- A. A valid business license,  
Example: A copy of the actual, active business license which is issued by a city or county
- B. A license to engage in an occupation or profession,  
Example: Active license issued by DOPL  
Example: Commercial Drivers License (CDL)
- C. Documentation of an active liability insurance policy that covers the business entity's activities,  
Example: Current certificate of insurance  
Example: Current declarations page
- D. The business entity's federal or state income tax return that shows business income for the complete taxable year that immediately precedes the day on which the entity submits the info.  
Example: Schedule C, Form 1065, Form 1120 (Depending on business type) from the previous year's income tax return

**OR**

## OPTION 2

A copy of **one** document from Option 1 above AND **two** of the following:

- E. Proof of a bank account for the business entity,  
Example: Bank statement, voided check, or a signed letter from a bank representative
- F. Proof that for the business entity there is (both):
  1. a telephone number; and
  2. a physical location,  
Example: Phone bill in the name of the business
- G. An advertisement of services in a newspaper of general circulation or telephone directory showing the business entity's:
  1. name; and
  2. contact information  
Example: A recent newspaper or phone directory advertisement of services  
(Online advertisement does not satisfy this option)

**\*\*\*Note:** Truck drivers are also required to submit a copy of occupational accident insurance.

**\*\*\*Note:** LLC's in the construction industry may need to provide additional documentation.

**Documents may be sent by email, fax, mail, or hand delivery.**

Utah Labor Commission - Industrial Accidents Division - Waiver Department

160 East 300 South, 3<sup>rd</sup> Floor • PO Box 146611 • Salt Lake City, Utah 84114-6611 • Telephone (801) 530-6268  
Toll Free (800) 530-5090 • Fax (801) 526-9628 • Email: [WCCW@utah.gov](mailto:WCCW@utah.gov) • [www.laborcommission.utah.gov](http://www.laborcommission.utah.gov)

# Workers' Compensation Coverage Waiver

Acceptable Support Documentation - 34A-2-1004

**\*\*Toda la documentación debe estar a nombre de la entidad del negocio que solicita la renuncia.**

Para ser considerado para una Renuncia de Cobertura de Compensación para los Trabajadores, usted debe proveer lo siguiente:

## Opción 1

Una copia de **dos** de lo siguiente:

- A.** Licencia de negocio válida,  
Ejemplo: Una copia de la licencia activa de negocio que es obtenido por una ciudad o condado
- B.** Una licencia de ocupación o profesión,  
Ejemplo: Licencia activo emitido por DOPL  
Ejemplo: Licencia de conducir comercial (CDL)
- C.** Documentación de una póliza de seguro activa de responsabilidad que cubre las actividades del negocio (General Liability Insurance),  
Ejemplo: Certificado actual de los seguros  
Ejemplo: Página de declaraciones actual
- D.** Una copia de la declaración de impuestos federales o estatales que muestre los ingresos del negocio del año anterior.  
Ejemplo: Schedule C, Form 1065, Form 1120 (dependiendo del tipo de negocio)

**O**

## Opción 2

Una copia de **un** documento de la Opción 1 Y dos de los siguientes documentos:

- E.** Una prueba de cuenta bancaria del negocio,  
Ejemplo: Estado de cuenta bancaria, cheque cancelado, o una carta confirmando su cuenta bancaria y es firmada por un representante del banco
- F.** Prueba que el negocio tiene lo siguiente (los dos):
  1. un número telefónico, y
  2. domicilio físico,Ejemplo: Cuenta de teléfono en el nombre del negocio
- G.** Un anuncio sobre sus servicios en un periódico de circulación general o guía telefónica que muestra lo siguiente acerca del negocio:
  1. El nombre del negocio,
  2. La información para contactar el negocio.Ejemplo: Un reciente periódico o directorio telefónico publicidad de servicios  
(Publicidad online no satisface esta opción)

**\*\*\*Nota:** También se requieren que los conductores de camiones envíen una copia del seguro de accidentes ocupacional (Occupational Accident Insurance).

**\*\*\*Nota:** Una LLC de la industria de la construcción puede tener que presentar documentación adicional.

**Los documentos pueden ser enviados por correo electrónico, fax, correo o entrega en mano.**

Utah Labor Commission - Industrial Accidents Division - Waiver Department

160 East 300 South, 3<sup>rd</sup> Floor • PO Box 146611 • Salt Lake City, Utah 84114-6611 • Telephone (801) 530-6268  
Toll Free (800) 530-5090 • Fax (801) 526-9628 • Email: [WCCW@utah.gov](mailto:WCCW@utah.gov) • [www.laborcommission.utah.gov](http://www.laborcommission.utah.gov)