



# COUNTY OF MONTEREY HEALTH DEPARTMENT

Elsa Jimenez, Director of Health

Administration  
Behavioral Health

Clinic Services  
Emergency Medical Services  
Environmental Health/Animal Services

Public Health  
Public Administrator/Public Guardian

## WORKERS' COMPENSATION COMPLIANCE AFFIRMATION

### 1 (Please print clearly):

Business Name: \_\_\_\_\_

Health Permit / Facility ID number, if known FA- \_\_\_\_\_

Business location address: \_\_\_\_\_

Owner / Operator phone number: \_\_\_\_\_

**I understand that this business must comply with the Workers' Compensation laws of the State of California in order to obtain and maintain a valid Health Permit from the Monterey County Health Department, Environmental Health.**

### 2 (Please check one):

I hereby affirm one of the following declarations:

\_\_\_\_ I certify that this business is not subject to requirements of Section 3700 of the Labor Code at this time. I agree that if this business employs any person in any manner so as to become subject to the Workers' Compensation laws of the State of California and the provisions of Section 3700 of the Labor Code I will comply with those provisions.

**OR**

\_\_\_\_ I have and will maintain a CERTIFICATE OF CONSENT TO SELF-INSURE for Workers' Compensation, as provided for by Section 3700 of the Labor Code, for the performance of the work for which this Health Permit is issued.

**OR**

\_\_\_\_ I have and will maintain a CERTIFICATE OF INSURANCE for Workers' Compensation insurance, as required by Section 3700 of the Labor Code, for the performance of the work for which this Health Permit is issued. If you have checked this answer, please also show:

*The Workers' Compensation insurance carrier / provider:* \_\_\_\_\_

*Policy number(s):* \_\_\_\_\_

### 3 (Please sign and date):

**Owner / Operator Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

*The information provided on the Workers' Compensation Compliance Affirmation form may be shared with the Monterey County District Attorney's office upon their request.*



# COUNTY OF MONTEREY HEALTH DEPARTMENT

Elsa Jimenez, Director of Health

Administration  
Behavioral Health

Clinic Services  
Emergency Medical Services  
Environmental Health/Animal Services

Public Health  
Public Administrator/Public Guardian

## ***AFIRMACION DE BENEFICIOS DE COMPENSACION AL TRABAJADOR***

1 (Escriba en letra de imprenta)

Nombre de negocio/empresa: \_\_\_\_\_

Numero de Identificacion de Permiso: FA-\_\_\_\_\_

Dirección donde se ubica el negocio/empresa: \_\_\_\_\_

Propietario / Operador que complete este formulario: \_\_\_\_\_

El número de Teléfono del Propietario / Operador: \_\_\_\_\_

**Entiendo que este negocio/empresa debe cumplir con las leyes de Beneficios de Compensación al Trabajador, del Estado de California, a fin de obtener y mantener un Permiso de salud valido de la División de Salud Ambiental del Departamento de Salud del Condado de Monterey.**

2 (Marque uno):

Por este medio afirmo una de las siguientes declaraciones:

Certifico que este negocio/ empresa no está sujeta a cumplir con las regulaciones estipuladas en la sección 3700 del Código de laboral en este momento. Estoy de acuerdo en que si este negocio/empresa provee empleo a cualquier persona en cualquier forma, estaré sujeto a cumplir con las leyes y provisiones estipuladas en sección 3700 de código laboral.

Tengo y mantendré un CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO DE AUTOSEGURO de Beneficios de Compensación al Trabajador, conforme a lo estipulado en la sección 3700 del Código laboral, para el desempeño laboral para el cual se emite este permiso de Salud.

Tengo y mantendré un CERTIFICADO DE AUTOSEGURO de Beneficios de Compensación al Trabajador, como lo requiere la Sección 3700 del Código de Trabajo.

Para el desempeño laboral para el cual se emite este permiso de Salud.

Nombre de la compañía aseguradora/proveedor de Seguro de Compensación al Trabajador: \_\_\_\_\_

Número(s) de póliza \_\_\_\_\_

3 (Firme / Fecha):

**Firma del propietario/Operador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

La información proveída en este formulario de beneficios de Compensación Laboral será compartida con la oficina del Fiscal del condado de Monterey si la fiscalía haci lo requiere.