



<b>Número de Seguro Social:</b> <i>o bien</i> <b>Número de identificación tributaria individual:</b> <i>o bien</i> <b>Número de identificación del empleador:</b>		NSS o NITI           -           -                      NIE           -	
<b>Fecha de incorporación:</b>		____/____/____ (Mes/Día/Año)	
<b>Fecha de inicio de operaciones:</b>		____/____/____ (Mes/Día/Año)	
<b>Nombre del representante autorizado de la empresa:</b>	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
<b>Número de teléfono del representante autorizado de la empresa:</b>	( ____ ) ____ - ____		
<b>Puesto del representante autorizado de la empresa:</b>			
<b>Fecha en que el reclamante apoderado de causalidad estableció causalidad con el MDL 2179:</b>	____/____/____ (Mes/Día/Año)		
<b>C. VERIFICACIÓN REQUERIDA</b>			
(1) Mi empresa está dentro de la siguiente distancia al reclamante apoderado de causalidad: (a) Para reclamantes urbanos, dentro de 100 yardas; (b) Para reclamantes rurales, dentro de un cuarto de milla. (2) Para reclamantes rurales, certifico que existe una relación causal entre el desempeño financiero de mi empresa y el desempeño financiero de la empresa del reclamante apoderado de causalidad, y he presentado suficiente documentación para que el Administrador de reclamaciones realice esta determinación.			
<b>D. FIRMA</b>			
Certifico y declaro, bajo pena de perjurio conforme a la Sección 1746 del Título 28 del Código de EE. UU., que toda la información que he proporcionado en esta Declaración (y en cualesquiera páginas que haya adjuntado o enviado con esta Declaración para proporcionar la información adicional solicitada en esta Declaración) es verdadera y precisa a mi leal saber y entender, y que los documentos de respaldo adjuntos o enviados con esta Declaración y la información contenida en la misma son verdaderos, precisos y están completos a mi leal saber y entender, y comprendo que las declaraciones o reclamaciones falsas realizadas con relación a esta Declaración podrían ocasionar multas, encarcelamiento y/o cualquier otro recurso disponible por ley para el gobierno federal, y que las reclamaciones sospechosas se enviarán a los organismos federales, estatales y locales encargados del cumplimiento de la ley para su posible investigación y acción judicial.			
<b>Fecha de la firma:</b>	____/____/____ (Mes/Día/Año)	_____ Firma  _____ Nombre (en letra de imprenta o escrito a máquina)	