

Complete esta información si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación
de la aseguradora

Declaración de salario del empleador para distritos escolares

Sección 1: Información sobre el empleado lesionado

1. Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-
3. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	4. Número de teléfono
5. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)	6. Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)
7. Primer día de trabajo perdido (mm/dd/aaaa)	8. Regresó a trabajar en (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> No ha regresado a trabajar

Sección 2: Información sobre el empleador

9. Nombre	10. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
11. Número de teléfono	12. Número de identificación de impuestos federales
13. Nombre impreso (persona que está presentando el formulario)	14. Título de trabajo (persona que está presentando el formulario)

Sección 3: Estado del empleo al momento de la lesión

<p>15. ¿Estuvo trabajando el empleado durante todo el año calendario (incluyendo el verano)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es no, ¿cuáles fueron las fechas y el número de días o meses que el empleado estuvo programado para trabajar en el año escolar actual? De (mm/dd/aaaa) a (mm/dd/aaaa), el cual requiere que el empleado trabaje días <input type="radio"/> meses.</p>
<p>16. Marque todas las que apliquen:</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado con contrato: Al empleado se le paga por el número de días o meses trabajados basándose en un contrato por escrito.</p> <p>Cantidad bruta total (incluyendo estipendios): \$</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado asalariado sin contrato: Al empleado se le paga un salario fijo por mes o por año.</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado por hora sin contrato: Al empleado se le paga por hora.</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado por día sin contrato: Al empleado se le paga diariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, empleado sin contrato: (explique)</p>



Sección 4: Información sobre el salario ganado

Parte 1: Empleados sin contrato solamente

17. La información sobre el salario en este formulario es para el empleado lesionado o un empleado similar.

18. Cantidad del salario (si es que aplica) \$	19. Pago por hora (si es que aplica) \$	20. Pago diario (si es que aplica) \$	21. Otro (si es que aplica) \$
22. Los salarios fueron ganados: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente			

Semana	23. Número de horas trabajadas	24. Fechas de los períodos de pago (mm/dd/aaaa-mm/dd/aaaa)	25. Cantidad del salario bruto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
26. Total de salarios brutos			



Parte 2. Información sobre el salario anual (todos los empleados)

Mes	27. Período de salario ganado (mm/dd/aaaa-mm/dd/aaaa)	28. Cantidad del salario bruto
1		\$
2		\$
3		\$
4		\$
5		\$
6		\$
7		\$
8		\$
9		\$
10		\$
11		\$
12		\$
29. Total de salarios brutos		\$

30. Certifique con su firma.

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____ **Fecha** _____



Preguntas Frecuentes

Declaración de salario del empleador para distritos escolares

¿Cuándo debe el empleador presentar el Formulario DWC-003SDS, *Declaración de Salario del Empleador para Distritos Escolares*?

El empleador debe de presentar el formulario completo con la aseguradora, el empleado lesionado y el representante del empleado lesionado (si es que lo hay) dentro de 30 días a partir de la fecha que ocurra primero:

- la fecha en que se notifica al empleador que el empleado tiene derecho a recibir beneficios de ingresos; o
- la fecha en la que la muerte del empleado es el resultado de la lesión (compensable); y
- dentro de siete días después de recibir una solicitud del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Nota: Un empleador que no presenta a tiempo la declaración de salarios completa sin contar con una buena causa, tal como lo requiere la Sección 408.063(c) del Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) y la Sección 120.4(a) del 28 TAC puede ser multado.

¿Cómo debo reportar los salarios?

Para los empleados sin contrato, reporte todos los salarios que fueron **ganados en las 13 semanas antes de la fecha de la lesión** de acuerdo con el período de pago del empleado. Los empleadores pueden reportar 14 semanas si se les paga quincenalmente o tres meses si se les paga mensualmente. En todos los casos, enumere las fechas que cubre cada período.

- Si el empleado **no estuvo empleado por 13 semanas** antes de su lesión, reporte los salarios de un empleado que tenga la capacitación, la experiencia, las habilidades, el mismo pago y la misma cantidad de horas.
- Si **no existe ningún empleado similar**, reporte todos los salarios que el empleado lesionado ganó antes de la lesión (28 TAC Sección 120.4).

Para los empleados con contrato, reporte los salarios brutos del contrato, incluyendo cualquier estipendio.

- Si el empleado no trabajó para su distrito durante uno de los meses enumerados, escriba "NE" para indicar "no empleado".
- Si el empleado sí trabajó para su distrito durante el mes, pero no ganó ningún salario, escriba "0".

¿Qué es el promedio del salario semanal?

Es la cantidad bruta promedio de dinero que gana el empleado cada semana en las 13 semanas ante de la lesión o enfermedad.

El promedio del salario semanal (average weekly wage -AWW, por su nombre y siglas en inglés) de un empleado con contrato se calcula de manera diferente tomando como base si el contrato por escrito del empleado indica que se le paga en base a los meses o al número de días trabajados. Usted puede obtener más información sobre cómo calcular el promedio del salario semanal (AWW) en

www.tdi.texas.gov/wc/employee/benefits.html.

¿Qué sucede si mi empleado tiene múltiples trabajos?

El empleado lesionado presentará el Formulario DWC-003MES, *Declaración de Salario de Múltiples Trabajos del Empleado* a su otro empleador. El empleado lesionado enviará el formulario completo a la aseguradora.

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro. Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.