

Complete esta información si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Declaración de salarios del empleador

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

15. Marque todas las que apliquen:

<input type="checkbox"/> Tiempo completo: El empleado regularmente trabaja 30 horas o más por semana.
<input type="checkbox"/> Medio tiempo, durante el transcurso regular de conducta: El empleado regularmente trabaja menos de 30 horas por semana.
<input type="checkbox"/> Medio tiempo, no durante el transcurso regular de conducta: El historial de trabajo del empleado para el período de los 12 meses antes de la lesión muestra trabajo de medio tiempo y de tiempo completo.
<input type="checkbox"/> Temporada: El empleado desempeña trabajo de temporada para cumplir con las necesidades del empleador durante ciertas épocas del año.
<input type="checkbox"/> Aprendiz: El empleado está aprendiendo un nuevo oficio especializado mediante capacitación y estudios en el trabajo.
<input type="checkbox"/> Menor: El empleado es menor de 18 años y no está casado o emancipado por una acción judicial.
<input type="checkbox"/> Estudiante: El empleado está inscrito en un curso de estudios (tal como bachillerato, universidad o capacitación técnica).
<input type="checkbox"/> Ayudante (trainee, por su nombre en inglés): El empleado está siendo capacitado para el trabajo para el que fue contratado originalmente.



Sección 4: Salarios y Beneficios (complete las partes uno y dos)

Parte 1: Información sobre los salarios

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

17. Cantidad del salario (si es que aplica)	18. Pago por hora (si es que aplica)	19. Pago diario (si es que aplica)	20. Otro (si es que aplica)
\$	\$	\$	\$

Semana	21. Número de horas trabajadas	22. Fechas de los períodos de pago (mm/dd/aaaa-mm/dd/aaaa)	23. Cantidad del salario bruto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
24. Total de salarios brutos			



Parte 2: Información sobre el salario no pecuniario (pagado por el empleador solo para empleados lesionados)

Enumere la cantidad de los salarios no pecuniarios en cada período de pago antes de la fecha de la lesión. Los salarios no pecuniarios son beneficios que no son pagados en forma de efectivo, tal como cuotas de educación o uniformes. No incluya prestaciones en efectivo o estipendios que son pagados para permitir que el empleado compre beneficios. Esos deben de incluirse como salarios en la casilla 20.

25. Salarios no pecuniarios – complete la información a continuación:								
Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semana de Período de Pago	a. Seguro de salud	b. Lavandería/limpieza	c. Ropa/uniformes	d. Hospedaje/alojamiento	e. Comidas	f. Vehículo/gasolina	g. Licencias profesionales	h. Otro
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

26. Marque si continuó después de la fecha de la lesión:								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)								

28. Certifique con su firma.

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

Firma _____ Fecha _____



Preguntas Frecuentes

Declaración de salarios del empleador

¿Cuándo debe el empleador presentar el Formulario DWC-003S, *Declaración de Salarios del Empleador*?

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 Código Administrativo de Texas (Texas Administrative Code -TAC, por su nombre en inglés) No. 28, puede ser multado.

¿Cómo debo reportar los salarios?

Reporte todos los salarios que fueron **pagados 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 salario 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).

¿Tengo que reportar los beneficios no pecuniarios?

Reporte todos los beneficios que son pagados al empleado en **una forma que no sea en dinero**. Esto incluye, pero no se limita a, las categorías de beneficios enumeradas en la Sección 4, Parte 2.

¿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 (28 TAC Sección 122.5).

¿Qué es el promedio del salario semanal?

Es la cantidad bruta promedio de dinero que el empleador pagó al empleado lesionado cada semana durante las 13 semanas antes de la lesión o enfermedad.

¿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.