

Envíe a la aseguradora de compensación para trabajadores y a la División:

 (nombre y número fax de la aseguradora)



No. de Reclamación _____
 No. de Reclamación de la aseguradora _____

Inicial Corregida

DECLARACIÓN DE SALARIO DE MÚLTIPLES TRABAJOS DEL EMPLEADO

Si un empleado lesionado en o después del 1º de julio de 2002 trabajó para más de un empleador en el día de la lesión, el promedio del salario semanal (Average Weekly Wage –AWW, por su nombre y siglas en inglés) puede incluir salarios ganados de los empleadores, aparte del empleador donde ocurrió la lesión/enfermedad. El AWW en esta situación es la cantidad de los AWW basada en el salario de cada empleador.

Empleador relacionado con la reclamación – Es el empleador para el cual el empleado estaba trabajando al momento en que ocurrió la lesión en el trabajo.

Empleador no relacionado con la reclamación – Son los empleadores, diferentes empleador relacionado con la reclamación para el cual el empleado lesionado estaba trabajando al momento en que ocurrió la lesión en el trabajo.

Para declarar los salarios que haya ganado trabajando con otros empleadores, presente este formulario ante la aseguradora y la División y adjunte los documentos pertinentes.

AVISO: Con pocas excepciones, usted como individuo tiene derecho a solicitar y revisar la información que DWC haya reunido sobre usted en los formularios, y también tiene derecho a que DWC corrija la información sobre usted que esté incorrecta.

Las solicitudes para estos servicios debe ser presentada por escrito a OpenRecords@tdi.texas.gov o por correo postal a:

Open Records
 Texas Department of Insurance
 P.O. Box 149104
 Austin TX 78714-9104

Todos los reglamentos aplicables de DWC pueden ser encontrados en <http://www.tdi.texas.gov>

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial):	
Dirección del Empleado (Calle o Apartado Postal):	
Ciudad	Estado: Código Postal:
Nombre del Empleador Relacionado con la Reclamación:	Número de Seguro Social (4 dígitos): XXX-XX-
Fecha de la Lesión:	Estaba usted trabajando para el Empleador No-Relacionado con la Reclamación en la fecha de la lesión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
YO CERTIFICO QUE ESTA DECLARACIÓN está completa, es verdadera y que cumple con la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y con los reglamentos aplicables, y entiendo que hacer una declaración falsa con respecto a una lesión de compensación para trabajadores es un delito que puede resultar en multa y/o cárcel.	
Firma: _____ Fecha: _____ Nombre de la persona que está presentando este formulario si es que no es el empleado: _____	

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR NO-RELACIONADO CON LA RECLAMACIÓN

Nombre del Negocio del Empleador No-Relacionado con la Reclamación:	
Dirección del Empleador No-Relacionado con la Reclamación (Calle o Apartado Postal):	
Ciudad:	Estado: Código Postal:
Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador No-Relacionado con la Reclamación:	
Nombre y Número de Teléfono de la Persona de Contacto del Empleador No-Relacionado con la Reclamación:	
YO CERTIFICO QUE ESTA DECLARACIÓN está completa, es verdadera y que cumple con la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y con los reglamentos aplicables, y que los salarios mostrados incluyen únicamente aquellos que son declarados para propósitos de impuestos federales y entiendo que hacer una declaración falsa con respecto a una reclamación de compensación para trabajadores es un delito que puede resultar en multa y/o cárcel.	
Firma: _____ Fecha: _____	

¿EMPLEADO IGUAL O SIMILAR?

La información sobre el salario en este formulario es para:
 El Empleado Lesionado O Un Empleado Similar (AVISO–Según la División lo solicite, el empleado y/o empleador no-relacionado con la reclamación deberán identificar al empleado similar del cual se proporcionaron los salarios)

Si el empleado lesionado no estuvo empleado por 13 semanas consecutivas antes de la fecha de la lesión, declare los salarios del empleado que tenga la capacitación, experiencia, habilidades y salarios que sean comparables a los del empleado lesionado, Y que desempeña los servicios/tareas que son comparables en naturaleza y en número de horas. Si no existe un empleado similar, declare el salario disponible que ganó el empleado lesionado antes de la lesión.

SALARIO DEL EMPLEADOR NO-RELACIONADO CON LA RECLAMACIÓN (SOLAMENTE LOS QUE SON REPORTABLES PARA PROPÓSITOS DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES)

-Indique el **Salario Bruto Reportables para Propósitos de Declaración de Impuestos Federales** que han sido ganados en las 13 semanas inmediatamente antes a la fecha de la lesión. Considere como cantidades las ganancias de los días festivos, vacaciones, días personales y de enfermedad que el empleado usó, pero no el valor que tiene en el mercado del tiempo que haya ganado pero que no haya usado. Los salarios son declarados en los periodos en los cuales fueron ganados, NO cuando son pagados y algunos (tales como los bonos y las comisiones) necesitan ser prorrateados. No incluya pagos hechos para reembolsar al empleado por el uso del equipo del empleado o por pagar a ayudantes o para reembolsar viáticos.

-Si al empleado se le paga mensual o bisemanal, los salarios ganados pueden ser proporcionados por los 3 meses antes de la fecha de la lesión. Los salarios mensuales también pueden ser convertidos a salarios semanales dividiendo la cantidad mensual bruta (gross monthly amount, por su nombre en inglés) por 4.34821. Si se le paga bisemanalmente al empleado, el salario de las 14 semanas antes de la fecha de la lesión puede ser declarado. Cuando se están organizando los periodos para declarar, éstos pueden ser ajustados ligeramente hacia atrás (hasta 6 días) para poder alinear los marcos de tiempo para la declaración con el ciclo de pago del empleado. **Sin embargo, no declare salarios ganados en o después de la fecha de la lesión.**

Si está declarando las ganancias semanales, use todas las 13 columnas que aparecen abajo. Si está declarando 3 meses de ganancias, convierta ya sea los salarios a ganancias semanales o use las primeras 3 columnas. Si está declarando 14 semanas de ganancias bisemanales, use las primeras 7 columnas. **En todos los casos, indique las fechas que cubre cada periodo.**

PERIODO # (Semana #, Mes #, o Bi-Semanal #)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
DESDE LA FECHA:													
HASTA LA FECHA:													
# DE HORAS TRABAJADAS:													
SALARIO BRUTO GANADO:													

NOTA: Con algunas excepciones, usted tiene derecho a solicitar ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted. Bajo la Sección §§552.021 y 552.023 del Código Gubernamental, usted tiene derecho a que TDI-DWC corrija la información sobre usted que esté incorrecta. Para obtener más información, llame a la oficina local de TDI-DWC al 800-252-7031.

