



Texas Department of Insurance

Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-96
Austin, TX 78744-1645
(800) 372-7713 phone • (512) 804-4146 fax

DWC205

For TDI-DWC Use Only
(Para uso exclusivo de TDI-DWC)

Locaciones del Negocio(s) del Empleador Suplemento para el Formulario DWC005 o Formulario DWC020 Escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra

Marque la casilla apropiada:

- Suplemento para el Formulario DWC005, *Notificación del Empleador por No Cobertura o Anulación de la Cobertura*
- Suplemento para el Formulario DWC020, *Notificación de la Aseguradora por Cobertura o Cancelación/No-renovación de la Cobertura*

I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR PRINCIPAL

Nombre Principal del Negocio del Empleador	Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador
--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

II. LOCACIONES ADICIONALES DEL NEGOCIO

Utilice esta sección para agregar o eliminar cobertura en las locaciones, sucursales, y/o entidades separadas del empleador principal.	
Marque uno: <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> ELIMINAR	Fecha en que entra en vigor
Nombre	Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador
Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Marque uno: <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> ELIMINAR	Fecha en que entra en vigor
Nombre	Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador
Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Marque uno: <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> ELIMINAR	Fecha en que entra en vigor
Nombre	Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador
Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Marque uno: <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> ELIMINAR	Fecha en que entra en vigor
Nombre	Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador
Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Marque uno: <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> ELIMINAR	Fecha en que entra en vigor
Nombre	Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador
Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Marque uno: <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> ELIMINAR	Fecha en que entra en vigor
Nombre	Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador
Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	

NOTA: Con algunas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted. También tiene derecho a recibir y revisar dicha información (Código Laboral §§552.021 y 552.023); y pedir que TDI-DWC corrija la información que esté incorrecta (Código Gubernamental §559.004).