

Envíe a la compañía de seguros de compensación y a la División:

(nombre y número de impuesto de la compañía de seguros)



CLAIM # \_\_\_\_\_

Número de reclamo de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Inicial  Corregida **DECLARACIÓN DE SALARIO DE MÚLTIPLES TRABAJOS DEL EMPLEADO**

Si un trabajador lesionado el día 1, de Julio de 2002 o después, trabajo para más de un empleador en el día de la lesión, el promedio del salario semanal debe incluir el salario ganado en los demás trabajos que no sea donde ocurrió la enfermedad o accidente de trabajo. La cantidad salarial estará basada en el salario de cada empleador.

**Empleador reclamante** – Es el empleador para quien el trabajador lesionado estaba trabajando cuando ocurrió el accidente de trabajo.

**Empleador no-reclamante**– Otros empleadores que no son el empleador con el cual el trabajador lesionado estaba trabajando cuando ocurrió la lesión en el trabajo.

**Para declarar el salario que usted ha ganado trabajando con otros empleadores, debe entregar este formulario a la compañía de seguros y a la División adhiera los documentos apropiados que soporten su posición.**

**AVISO:** Con pocas excepciones, usted como individuo tiene derecho a solicitar y a revisar información que DWC tenga en los formularios acerca de usted. También tiene derecho a corregir la información que DWC tenga sobre usted y la cual este incorrecta.

La solicitud de estos servicios debe ser sometida por escrito a [open.records@tdi.state.tx.us](mailto:open.records@tdi.state.tx.us) o por correo a:

Open Records Executive Communications, MS-3  
Texas Department of Insurance  
División of Workers Compensation  
7551 Metro Center Drive, Suite 100  
Austin TX 78744

Todos los reglamentos de DWC se encuentran en [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO				INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR NO-RECLAMANTE			
Nombre del empleado (apellido, nombre):				Nombre del negocio del empleador no-reclamante:			
Dirección del Empleado (Calle o apartado postal):				Dirección del empleador no-reclamante (Calle o apartado postal):			
Ciudad	Estado:	Código Postal:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Nombre del empleador reclamante:		Número de Seguro Social:		Número de Identificación de impuestos del empleador no-reclamante:			
Fecha de la Lesión:	Estaba usted trabajando para el empleador no-reclamante el día de la lesión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Nombre y teléfono de la persona de contacto en la oficina del empleador no reclamante:			
Yo certifico que esta declaración está completa, es verdadera y esta de acuerdo con los reglamentos de la Comisión Tejana de Compensación. Yo entiendo que el mentir acerca de una lesión de compensación es un crimen el cual puede resultar en multa o cárcel.				Yo certifico que esta declaración de salario está completa, es verdadera y está de acuerdo con los reglamentos de la Comisión Tejana de Compensación para trabajadores y el salario que aparece es únicamente el salario del cual se van a cobrar los impuestos. Yo entiendo que mentir acerca del reclamo de compensación es un crimen el cual puede resultar en multa o cárcel.			
Firma: _____ Fecha: _____				Firma: _____ Fecha: _____			
Nombre de la persona que está sometiendo este formulario si no es el empleado: _____							

**EMPLEADO SIMILAR?**

La información sobre el salario en este formulario es por:

Empleado lesionado O  Empleado similar (AVISO– Cuando la División lo solicite, el empleado y/o empleador no-reclamante deben identificar el empleado similar del cual se utilizó el salario)

Si el empleado lesionado no estuvo empleado por 13 semanas consecutivas antes de la fecha de la lesión, declare el salario del empleado tiene el mismo entrenamiento, habilidades y salario comparable con el empleado lesionado, y quien hace tareas y da servicios comparables en naturaleza y en número de horas. Si no existe un empleado similar declare el salario que gano el empleado antes de la lesión.

**SALARIO DEL EMPLEADOR NO-RECLAMANTE (ÚNICAMENTE EL SALARIO EN EL QUE DECLARE IMPUESTOS)**

-Indique el salario total que declara para pagar impuestos y los cuales han sido ganados en las 13 semanas anteriores a la fecha de la lesión. Se consideran las ganancias de los días festivos, vacaciones, los días personales y de enfermedad que el empleado use pero no el valor que tiene en el mercado del tiempo que no ha sido usado. El salario se declara en los periodos en los cuales fueron ganados. No cuando son pagados y algunos (como bonos y comisiones) tienen que ser prorratear. No incluya pagos hechos por reembolso al empleado por el uso del equipo del empleado por pagar ayudantes o rembolsar sus viáticos.

-Si el empleado recibe el salario mensual o bimensual deberá demostrarse que lo gano por los 3 meses antes de la fecha de la lesión. Salarios mensuales también pueden ser convertidos en salarios semanales dividiendo la cantidad del salario total por 4.34821. Si al empleado se le paga bimensualmente, el salario de 14 semanas antes del día de la lesión deberá ser declarado. Cuando se esta organizando los periodos para declarar el salario, estos deben organizarse teniendo en cuenta que se deben ajustar hacia atrás hasta 6 días para que el empleado lesionado reciba los cheques al mismo tiempo en que recibía los cheques de trabajo. **Sin embargo, no declare el salario ganado en día o el día después de la fecha de la lesión.**

Si se declara las ganancias semanales, use todas las 13 columnas que aparecen abajo, usando las 7 primeras columnas. **En todos los caso indique la fecha 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:													
# HORAS TRABAJADAS:													
SALARIO TOTAL GANADO:													

