

Envíe a la compañía de seguros:

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



Claim# \_\_\_\_\_

Numero de reclamo de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Inicial  Corregida

## DECLARACIÓN DE SALARIO DEL EMPLEADOR

La ley de Compensación para Trabajadores y sus reglamentos requieren que un empleador provea una declaración de salario a la compañía de seguros y al reclamante o al representante del reclamante, (si existe.) El propósito del formulario es el de proveer a la compañía de seguros la información acerca del salario, para calcular el promedio de salario semanal del empleado lesionado( AWW) para establecer los beneficios que se deban al empleado o beneficiario.

El promedio salarial está basado en el sueldo que el empleado se ha ganado en las 13 semanas inmediatas antes de la lesión. ( O el salario de un empleado similar si el empleado lesionado no trabajo las 13 semanas consecutivas antes de la lesión.) "Salario" incluye toda clase de remuneración que se pueda pagar a un empleado por servicios personales incluyendo beneficios extrasalariales. Para simplificar la entrega los empleadores pueden someter la declaración del salario de cualquier forma. Semanal, bimensual o mensual.

**AVISO** – Un empleador que falla en entregar la declaración en el tiempo requerido por la ley de Compensación de Texas, El Código Laboral, Sección 408.063(c) y el reglamento 120.4, puede recibir una multa que no exceda a \$500.00 la primera vez y que no exceda \$10,000.00 si se repite la ofensa.

El empleador debe llenar la declaración del promedio del salario semanal de la misma manera y forma en que ordena la División.

(1) La declaración de promedio salarial debe ser recibida por la compañía de seguros, reclamante, representante del reclamante (si existe) dentro de 30 días partiendo desde el primero de:

- (A) el octavo día de incapacidad del empleado;
- (B) la fecha en la que el empleador ha sido notificado que el empleado tiene derecho a beneficios monetarios;
- (C) el día en que el empleado falleció como resultado de una lesion o accidente compensable.

(2) La declaración de salario semanal debe entregarse a la División en siete días después de recibir una solicitud de parte de la División (únicamente cuando se solicita.)

(3) Un subsiguiente formulario de salario promedio se debe llenar y entregarse a la compañía de seguros, al empleado, y al representante del empleado (si existe) en siete días si alguna información ha cambiado del formulario anterior.

**Todos los reglamentos aplicables de DWC pueden encontrarlos en [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)**

### INFORMACIÓN ACERCA DEL EMPLEADO Y DEL EMPLEADOR

|   |   |
|---|---|
| Nombre del empleado (apellido, primer y segundo nombre) | Nombre del empleador  |
| Dirección del empleado (calle o Apartado Postal)        | Dirección del empleado (calle o Apartado Postal)                                  |
| Ciudad: Estado: Código Postal:                          | Ciudad: Estado: Código Postal:  |
| Numero de seguro social                                 | Número de identificación del impuesto federal:                                    |
| Fecha en que empezó a trabajar: Fecha de la lesión:     | Nombre y teléfono de la persona que suministra la información acerca del salario: |

- El empleado no ha regresado al trabajo.  El empleado regreso al trabajo el día \_\_\_\_\_
- Sin restricciones.  Con restricciones y esta devengando o ganando un sueldo de \$\_\_\_\_\_ por semana / mes (marque una.)

**AVISO** – Reglamento 120.3 requiere que el empleador llene y entregue el formulario Informe suplemental de Lesión (DWC FORM-6) para informar si existe un cambio en la condición de Trabajo.

**YO CERTIFICO QUE ESTA DECLARACIÓN DE SALARIO** esta completa, es verdadera, y esta de acuerdo con los reglamentos de la Comisión Tejana de Compensación para Trabajadores. El salario incluye todos los beneficios monetarios y de remuneración requeridos por los estatutos y reglamentos y yo entiendo que mentir acerca de un reclamo de compensación es un crimen que puede resultar en multa y / o cárcel.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### CONDICIÓN DE TRABAJO DEL EMPLEADO EN EL MOMENTO DE LA LESION ( Marque todas las casillas necesarias)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Tiempo Completo:</b> El empleado que trabaja horas regulares por lo menos 30 horas a la semana y que su horario de trabajo es comparable con otros empleados de la compañía y/o otros empleados en la misma clase de trabajo o vecindad los cuales están considerados empleados de tiempo completo. | <input type="checkbox"/> <b>Medio Tiempo:</b> Conducta empleado que muestra que ha trabajado durante los últimos 12 meses antes de la lesión demuestra que la persona solamente trabajo medio tiempo.   | <input type="checkbox"/> <b>Menor:</b> Empleado que tiene mas de 18 años y no está emancipado por matrimonio o una acción judicial y quien también es un aprendiz, estudiante o en entrenamiento.      |
| <input type="checkbox"/> <b>Temporada:</b> Empleado que regularmente trabaja por temporada o trabaja en el campo y no es continuo a través del año.   | <input type="checkbox"/> <b>Medio Tiempo:</b> No trabaja regularmente medio tiempo: el empleado que su historia de trabajo muestra que durante los últimos 12 meses antes de la lesión ha trabajado de tiempo completo y también de medio tiempo. | <input type="checkbox"/> <b>Estudiante:</b> Empleado que esta inscrito en un curso de estudios en la escuela, universidad o en cualquier otro instituto de educación avanzada o entrenamiento técnico. |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Aprendiz:</b> empleado que esta aprendiendo un oficio o un arte por medio de una experiencia practica bajo la dirección de una persona con experiencia en el oficio o arte.   | <input type="checkbox"/> <b>Aprendiz / principiante:</b> Empleado que tiene una instrucción sistemática y practica en alguna clase de arte, profesión u oficio con habilidades talentosas.             |

### EMPLEADO SIMILAR?

La información acerca del salario en este formulario es para:

- El empleado lesionado  Un empleado similar (NOTA – Si lo solicita la División, el empleador debe identificar al empleado similar de quien tomaron 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.

**AVISO** – Si usted se lesionó el día 7/1/02 o después y estaba trabajando en más de un sitio en el día de la lesión usted puede entregarle a la compañía de seguros información acerca de su salario con el otro empleador para que la compañía de seguros lo incluya en el promedio de salario semanal y esto puede afectar sus beneficios. Comuníquese con la compañía de seguros para mayor información o llame a la División al (800) 252-7031. Usted puede leer el reglamento 122.5 en [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)



**INSTRUCCIONES ACERCA DE LA INFORMACION**

Nombre del empleado:

Número de seguro Social:

Fecha de la Lesión:

- El empleador debe mostrar todo el salario ganado en las 13 semanas inmediatamente anteriores al día de la lesión. Si el empleado recibe el salario mensualmente o bimensual el empleador debe proveer el salario de los 3 meses inmediatamente anteriores al día de la lesión. El Salario mensual puede ser convertido a salario semanal dividiendo la cantidad del salario total por 4.34821. Si se le paga al empleado cada dos semanas, el empleador puede proveer el salario de 14 semanas inmediatamente antes de la lesión. Cuando esté organizando los periodos para declarar el salario estos deben organizarse teniendo en cuenta que se puede ajustar el periodo hacia atrás hasta seis días para cuadrar la nómina y mantener el mismo ciclo de pago. **Sin embargo, el empleador no debe declarar ningún salario ganado el día del accidente o después del día del accidente o lesión.**

- Si esta declarando ganancias semanales use todas las 13 columnas que aparecen abajo. Si esta declarando 3 meses de ganancias, convierta el salario a semanas o use las tres primeras columnas. Si esta declarando 14 semanas o ganancias bimensuales, use las primeras 7 columnas. **En todos los casos, indique las fechas que cubre cada periodo.**

**INFORMACIÓN SOBRE EL SALARIO PECUNIARIO**

**Salario pecuniario incluye todo el sueldo que ha sido pagado al empleado en dinero.** Esto incluye, pero no se limita, a: horas, semanas, bimensual, mensuales, etc. sueldo, salario, propinas, compensación, descuento monetario; bonos; y comisiones. Las ganancias son presentadas en el momento en que se ganan NO cuando se pagan y en algunos casos (como los bonos y comisiones) deben ser prorrateadas. El salario pecuniario no incluye pagos hechos por empleadores para reembolsar al empleado el uso del equipo o por pagar ayudantes o por reembolsar viáticos de viaje. Considere como ganancias cantidades de dinero pagado por días festivos, personales o por enfermedad y cualquier vacación que hayan sido usados, No el valor en el Mercado cuando estos no han sido usados.

| PERÍODO # (Semana #, Mes #, o bi-mensual) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |                 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|-----------------|
| DESDE EL DÍA:                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                 |
| HASTA EL DIA:                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                 |
| # HORAS TRABAJADAS:                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                 |
| SALARIO TOTAL GANADO:                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | <b>TOTALES:</b> |

**INFORMACIÓN ACERCA DEL SALARIO NO PECUNIARIO**

**Salario no pecuniario incluye todo el salario pagado al empleado que no sea en dinero.** Esto incluye pero no se limita a, los beneficios listados arriba pero que no incluye estipendios u otra clase de remuneración monetaria las cuales les permiten al empleado comprar beneficios.

| Tipo de salario no pecuniario | Empleado/ Proveedor antes de la lesión? |    | Especifique el valor o la cantidad ganada en cada periodo por cada uno de los beneficios ofrecidos antes de la lesión<br>(Use los mismos periodos que se usaron arriba) |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | El empleador continuara ofreciéndolo |    | Fecha en que los beneficios fueron suspendidos) |
|-------------------------------|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------------------------------------|----|---|
|                               | SÍ                                      | NO | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | SÍ                                   | NO |   |
| Seguro de salud               |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                                      |    |   |
| Lavandería                    |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                                      |    |   |
| Ropa/ uniformes/              |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                                      |    |   |
| Hospedaje / vivienda          |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                                      |    |   |
| Comidas                       |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                                      |    |   |
| Carro/ Gasolina               |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                                      |    |   |
| Otro                          |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                                      |    |   |

