



Complete esta información si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

 No. de reclamación
de la aseguradora

Declaración de salario de múltiples trabajos del empleado

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
9. ¿Estaba trabajando el empleado lesionado para el empleador no relacionado con la reclamación en la fecha de la lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Sección 2: Información sobre el empleador no relacionado con la reclamación

10. Nombre	11. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
12. Número de teléfono	13. Número de identificación de impuestos federales
14. Nombre impreso (persona que está presentando el formulario)	15. Título de trabajo (persona que está presentando el formulario)

Sección 3: 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) \$
21. Los salarios fueron pagados: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente			



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

26. Certifique con su firma.

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

Firma _____ **Fecha** _____



Preguntas Frecuentes

Declaración de salario de múltiples trabajos del empleado

¿Quién es responsable del Formulario DWC-003MES, *Declaración de Salario de Múltiples Trabajos del Empleado*?

Un empleado lesionado que tiene más de un trabajo al momento de su lesión es responsable de presentar el Formulario DWC-003ME completo ante su aseguradora y ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés). El empleado lesionado debe de pedir a cada empleador no relacionado con la reclamación que complete el formulario.

¿A dónde envió este formulario?

Una vez completado, el empleado lesionado debe de enviar una copia a la aseguradora **y** a DWC:

- **Fax:** 512-804-4378
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Claims and Customer Services, Mail Code CCS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

¿Quién es un empleador no relacionado con la reclamación?

Es un empleador, diferente al empleador que está relacionado con la reclamación para el cual el empleado estaba empleado al momento en que ocurrió la lesión en el trabajo (Sección 122.5(a)(2) del Código Administrativo de Texas No. 28 (TAC)).

¿Cómo debo reportar los salarios?

Reporte solamente los salarios que son reportados para impuestos federales 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 pago y la misma cantidad de horas (28 TAC Sección 122.5(e)(2)).
- Si **no existe ningún empleado similar**, reporte todos los salarios que el empleado lesionado ganó antes de la lesión.

¿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.