



PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

Aviso del Empleador de No Cobertura o de Cancelación de la Cobertura

I. FECHAS DE VIGENCIA (Las fechas de vigencia no pueden exceder el periodo de un año)

La elección seleccionada abajo es efectiva de (mm/dd/aaaa) a (mm/dd/aaaa).

II. DECLARACIÓN DE NO COBERTURA

1. SELECCIONE UNA:

El empleador que se menciona en la parte de abajo NO CUENTA con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, según lo dispuesto en la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (Texas Workers' Compensation Act, por su nombre en inglés), Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés), Sección 406.004.

O

El empleador que se menciona en la parte de abajo HA CANCELADO su cobertura de seguro de compensación para trabajadores, según lo dispuesto en la Ley de Compensación para Trabajadores, Código Laboral de Texas, Sección 406.007. (Proporcione la siguiente información.)

Fecha de cancelación de la póliza (mm/dd/aaaa):

Número de la póliza:

Compañía de seguros:

Asegurado informó sobre la cancelación en (mm/dd/aaaa):

Los empleados fueron (o serán) notificados en (mm/dd/aaaa):

III. DECLARACIÓN DE LESIONES Y ENFERMEDADES QUE SON REPORTABLES

2. ¿Tuvo usted alguna muerte, o alguna lesión que haya resultado en la ausencia del empleado lesionado de su trabajo por más de un día, o tiene conocimiento de alguna enfermedad ocupacional desde el último formulario Aviso del Empleador de No Cobertura o de Cancelación de la Cobertura? **Sí** **No**
 Si su respuesta es "Sí", es posible que se le requiera presentar el Formulario DWC-007, Reporte del Empleador de las Lesiones o Enfermedades de Empleados Sin Cobertura (Employer's Report of Non-covered Employee's Occupational Injury or Disease, por su nombre en inglés). (Vea la sección de Preguntas Frecuentes de este formulario.)

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR PRIMARIO

3. Nombre del Negocio del Empleador <input type="text" value=""/>	4. No. de Identificación Federal del Empleador <input type="text" value=""/>
5. Dirección del Negocio del Empleador (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) <input type="text" value=""/>	
6. Tipo de Negocio del Empleador <input type="text" value=""/>	7. Seis-Dígitos del Código de NAICS <input type="text" value=""/>

NOTA: Usted debe proporcionar el nombre, Número de Identificación del Empleador y la dirección de cada local, sucursal, o entidad separada en Texas del empleador primario que es cubierto por este reporte.

Nombre	Número de Identificación Federal del Empleador	Dirección
		Calle o Apartado Postal <input type="text" value=""/>
		Ciudad Estado Código Postal <input type="text" value=""/>

V. PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN

8. Nombre <input type="text" value=""/>	9. Número de Teléfono (código de área, número, extensión) <input type="text" value=""/>	Para Uso Exclusivo de TDI-DWC
10. Título <input type="text" value=""/>	11. Correo Electrónico <input type="text" value=""/>	
12. Firma <input type="text" value=""/>	13. Fecha de la Firma (mm/dd/aaaa) <input type="text" value=""/>	

Preguntas Frecuentes

Aviso del Empleador de No Cobertura o de Cancelación de la Cobertura

¿Quién debe presentar el Formulario DWC-005?

Debe presentar el Formulario DWC-005 si usted:

- no cuenta con un seguro de compensación para trabajadores, o
- ha cancelado su cobertura de seguro de compensación para trabajadores

Sin embargo, si sus únicos empleados están exentos de la cobertura bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (por ejemplo, ciertos trabajadores domésticos y ciertos trabajadores de granjas y ranchos), no es necesario presentarla.

El empleador podría estar sujeto a sanciones administrativas si no presenta el formulario cuando es requerido.

¿Cómo puedo presentar el Formulario DWC-005?

Los empleadores pueden presentar el Formulario DWC-005 ante TDI-DWC de la siguiente manera:

- **electrónicamente en el sitio web de TDI en:**
<https://txcomp.tdi.state.tx.us/TXCOMPWeb/common/home.jsp>
- enviando el formulario por fax al (512)804-4146; o
- enviando el formulario a la dirección que se muestra en la parte de arriba del formulario.

¿Cuándo debo presentar el Formulario DWC-005?

Usted debe presentar un Formulario DWC-005 por separado cada vez que exista una de las siguientes condiciones:

- **Una vez al año** entre el 1º de febrero y el 30 de abril de cada año calendario;
- **Dentro de 30 días**, a partir de la fecha en la que usted contrata a su primer empleado, al menos que esta fecha de vencimiento caiga entre el 1º de febrero y el 30 de abril y usted presenta el formulario dentro de este periodo de tiempo;
- **Dentro de 10 días** de haber recibido una solicitud (para presentar el Formulario DWC-005) de DWC;
- **Dentro de 10 días** después de haber notificado a su aseguradora de compensación para trabajadores que va a cancelar la cobertura, a menos que usted compre una nueva póliza o se convierta en auto-asegurado certificado.

¿Cómo determino la fecha de inicio de mi período de presentación?

Use el **1º de mayo**, a menos que:

1. Usted nunca haya presentado el Formulario DWC-005, entonces la fecha de inicio sería el primer día en el que no tuvo cobertura (consulte ya sea #2 o #3 para determinar la fecha específica).
2. Usted haya cancelado la cobertura de seguro de compensación para trabajadores, entonces la fecha de inicio sería la primera fecha en la que no tuvo cobertura.
3. Usted contrató a su primer empleado, entonces la fecha de inicio sería el primer día en el que el empleado comenzó a trabajar.

¿Cómo determino la fecha de finalización del período de presentación?

Use el **30 de abril**, a menos que:

- Usted haya comprado, o esté planeando comprar una póliza de seguro de compensación para trabajadores, entonces la fecha de finalización sería la última fecha en la que usted no tuvo, o no tendrá cobertura.

¿Qué es un código de NAICS?

El Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (North American Industry Classification System –NAICS, por su nombre y siglas en inglés) es el código de seis dígitos que identifica la clasificación de su negocio. Usted puede encontrar el código en:

1. La casilla número 5 de su Informe Trimestral de Desempleo, Formulario C-3 (Form C-3, Unemployment Quarterly Report , por su nombre en inglés) de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (Texas Workforce Commission, por su nombre en inglés); y/o
2. Si usted tiene múltiples códigos de NAICS, éstos pueden aparecer en el margen izquierdo del Reporte de Múltiples Sitios de Trabajo –BLS 3020 (Multiple Worksite Report – BLS 3020, por su nombre en inglés) de la Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos (U.S. Bureau of Labor Statistics, por su nombre en inglés);
o
3. Para obtener más ayuda con los códigos de NAICS, visite la página web de NAICS en:

www.naics.com

Seleccione “*Find Your NAICS Code*” del menú en la parte superior de la página y use “*NAICS Keyword Search*” para ingresar una o más palabras que generalmente describan su negocio. Por ejemplo, si usted está en el negocio de restaurantes, ingrese “restaurant” y obtenga una lista completa de los códigos de NAICS para la industria de restaurantes.

¿Son opcionales algunos de los campos en el Formulario DWC-005?

Todos los campos aplicables deben completarse cada vez que se presente el Formulario DWC-005.

Sección I

- Las fechas de vigencia siempre son requeridas.

Sección II

- Cuando se reporta la cancelación o la anulación del seguro de compensación para trabajadores en la Declaración de No Cobertura, debe proporcionarse la información de la póliza y de la aseguradora, así como las fechas de notificación.

Sección III

- Siempre se requiere una selección de la Declaración de Lesiones y Enfermedades que son Reportables.

Sección IV

- Todos los campos de la información sobre el empleador primario (casillas 3 a 7) son requeridas.
- Información sobre la ubicación de negocios adicionales es requerida cuando sea aplicable.

Sección V

- El campo para firmar no es requerido cuando el formulario se presenta en línea.

¿Cómo/cuándo es que un empleador no suscriptor debe notificar a los empleados que no proporciona cobertura de compensación para trabajadores?

Usted debe poner a la vista en el área de trabajo el **Aviso a los Empleados Sobre la Compensación para Trabajadores en Texas** en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador con el tipo de letra que ha sido especificado en los reglamentos de DWC cada vez que usted:

1. opta por no tener un seguro de compensación para trabajadores;
2. cancela o anula el seguro de compensación para trabajadores;
3. deja de ser un empleador auto asegurado certificado; o
4. si su compañía de seguros le cancela su cobertura de compensación para trabajadores.

Usted **también debe proporcionar** este aviso a cada empleado:

1. al momento de ser contratado;
2. cuando el empleador opta por no tener un seguro de compensación para trabajadores;
3. dentro de 15 días de haber notificado a la aseguradora que el empleador va a cancelar la cobertura, al menos que el empleador mantenga una cobertura continua bajo una nueva póliza o se convierta en un auto asegurador certificado; o
4. dentro de 15 días de la cancelación por parte de la compañía de seguros.

El aviso requerido puede ser encontrado en el sitio web de TDI en:

<http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice5.pdf> (inglés) y

<http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice5s.pdf> (español).

¿Es requerido que los empleadores sin cobertura presenten otros formularios ante TDI-DWC?

Usted debe reportar las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo usando el Formulario DWC-007, *Reporte del Empleador de las Lesiones o Enfermedades de Empleados Sin Cobertura (Employer's Report of Non-covered Employee's Occupational Injury or Disease, por su nombre en inglés)* si:

1. Usted tiene cinco o más empleados y no cuenta con un seguro de compensación para trabajadores; o
2. Usted tiene empleados que han rechazado la cobertura de seguro de compensación para trabajadores, independientemente si usted tiene o no un seguro de compensación para trabajadores.

Usted debe presentar el formulario a no más tardar del 7º día del mes siguiente a cualquier mes en el cual:

- ocurrió una muerte relacionada con el trabajo;
- un empleado estuvo ausente del trabajo por más de un día* como resultado de una lesión relacionada con el trabajo;
- usted adquirió conocimiento de una enfermedad ocupacional.

*No cuente el día de la lesión o el día en el que el empleado lesionado regresó a trabajar cuando calcule el número de días que estuvo ausente del trabajo.

El Formulario DWC-007 puede obtenerlo en el sitio web de TDI en <http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc007injnc.pdf>.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, 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/commissioner/legal/lccorprc.html.