Ohio | Bureau of Workers' Compensation

Solicitud para la cobertura de la Indemnización de los Trabajadores de Ohio

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita asistencia? ¡La Agencia de Indemnización de los Trabajadores (*Bureau of Workers' Compensation* o *BWC*) está para ayudarle!
Llame al 1-800-644-6292 y escuche las opciones para comunicarse con un representante de servicio al cliente.
Puede marcar el número en todo el país y si reside en Canadá y México, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m. horario del este.
Recuerde, usted puede acceder a la información y solicitar los servicios ingresando al sitio web de la BWC, www.bwc.ohio.gov.

Cobertura de la indemnización de los trabajadores le protege a usted y a sus empleados en el caso en que sufra una lesión laboral, una enfermedad o fallezca. En Ohio, todos los empleadores que tienen uno o más empleados deben contar con la cobertura de la indemnización de los trabajadores. Esto es exigible por ley. La cobertura entra en vigencia cuando la BWC recibe esta solicitud completa y el depósito de garantía mínimo de $120. Los contratistas y los subcontratistas independientes también deben obtener cobertura para sus empleados.

La BWC considera que los funcionarios de una corporación son empleados a los efectos de la indemnización de los trabajadores; excepto que una persona se registre como una corporación sin empleados.

No obstante, si usted trabaja por cuenta propia (autónomo), como socio en una empresa, como funcionario de una compañía agrícola familiar o como individuo inscrito como sociedad, automáticamente no cuenta con la cobertura. Usted puede elegir la cobertura para usted mismo seleccionando Sí (Yes) en la sección de cobertura electiva y en la sección sobre la información de propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud.

Nota: Incluso si usted no elige la cobertura para usted mismo debe contar con cobertura para todos los empleados que usted contrata.

Es fácil obtener cobertura siguiendo estos pasos:

1. Solicite cobertura en línea en www.bwc.ohio.gov o complete todos los campos de esta solicitud de cobertura.
2. Proporcione tantos detalles como sea posible. Al describir la naturaleza de la empresa, incluya el tipo de trabajo realizado y el equipo utilizado.
3. Firme y coloque la fecha en el formulario. No es válido sin la firma.
4. Envíe por correo postal la solicitud completa junto con un depósito de garantía mínimo de $120 a: **Ohio Bureau of Workers' Compensation**
   P.O. Box 89492
   Cleveland, OH 44101-9492

Sírvase emitir el cheque o el giro a nombre de **Ohio Bureau of Workers' Compensation**.

¿Qué sucede luego?

Una vez que la BWC procesa su solicitud, usted recibirá:

- Un nuevo juego de documentos para el empleador donde se explican sus derechos y responsabilidades y se le brindan consejos sobre cómo ahorrar costos en su compañía. El juego de documentos incluye una *Guía de elección de la organización de atención administrada (managed care organization o MCO)* con instrucciones sobre cómo elegir una organización de atención administrada para gestionar desde el punto de vista médico los reclamos de indemnización de los trabajadores de los empelados de su compañía: Certificado de pago de prima, que incluye la fecha de vigencia de la cobertura, que corresponde al día en que la BWC recibe su solicitud firmada y el depósito de $120. Debe exhibir el Certificado de pago de prima como prueba de la cobertura.
- La BWC solicita 12 meses de nómina estimada. No obstante, el depósito de garantía de la prima se calcula basándose en la nómina estimada. La BWC puede facturarle hasta un máximo de $1,000. Su depósito no se aplicará a futuras primas.

Información general

La ley de Ohio exige que los empleadores obtengan la cobertura de indemnización de los trabajadores para sus empleados desde el primer día de contratación. Indique la fecha en que usted contrató a uno o más empleados en Ohio o la fecha en que usted calcula que contratará uno o más empleados en Ohio. Si no proporciona esta información, es posible que se le imponga una multa por los períodos no cubiertos donde debería haber obtenido la cobertura.
Asegúrese de proporcionar su número federal de identificación de empleador (*federal employer identification number* o *FEIN*). Puede obtener el número FEIN llamando al Servicio de Impuestos Internos. Si ha solicitado un número FEIN, pero no lo ha recibido, escriba "Solicitado" en el casillero correspondiente y podrá suministrarlo en una fecha posterior. Los empleadores de personal doméstico residencial, las empresas unipersonales y las asociaciones que no necesitan un número FEIN deben proporcionar el número de seguro social de la empresa unipersonal, el de los propietarios de la residencia o el de los socios.

Información sobre la dirección

La BWC usa su ubicación física principal en Ohio para asignarle una oficina de servicio al cliente para todos los servicios de la póliza. Indique la dirección de su ubicación física principal en Ohio donde mejor pueda manejar y resolver sus cuestiones relacionadas con la póliza o una ubicación fuera del estado, en el caso de no tener una ubicación física en Ohio. La BWC enviará toda la correspondencia relacionada con el empleador, incluso su informe de nóminas y facturas/resúmenes, a la dirección de correo postal. Si no se proporciona una dirección de correo postal, la BWC utilizará la ubicación física principal en Ohio para todas las notificaciones que deba enviarle al empleador.

La cobertura no entra en vigencia hasta que la BWC recibe esta solicitud completa y el depósito de garantía mínimo de $120. La BWC no puede procesar solicitudes incompletas.

Ubicaciones adicionales en Ohio

Esta sección se utiliza para ubicaciones adicionales en Ohio que pueden ser cubiertas por esta póliza. Incluya una breve descripción de las operaciones para cada ubicación.

Información comercial

Proporcione la información comercial general para su ubicación principal También puede incluir información específica sobre la(s) persona(s) a las que se le(s) permitirá(n) que la BWC contacte de manera directa, que son quienes manejan los asuntos relacionados con la indemnización de los trabajadores.

Información sobre la entidad comercial

Seleccione el tipo de entidad comercial que corresponde a su compañía. A los fines de la indemnización de los trabajadores, existen cuatro tipos de entidades comerciales posibles que corresponden a una compañía (a saber: sociedad de responsabilidad limitada, que actúa como una sociedad; compañía; individuo inscrito como sociedad sin empleados y compañía agraria familiar). Seleccione el tipo de entidad comercial que mejor describe la estructura de su compañía. Asegúrese de incluir la fecha, el número de la carta y el estado de incorporación de la compañía. Si se incorporó en un estado distinto de Ohio, el número de la carta quizá pueda constar como otro nombre identificador.

Cobertura para el personal doméstico residencial: Se aplica a los empleados domésticos de tiempo completo o de medio tiempo, que trabajen dentro o fuera de su residencia privada y esto incluye al chófer particular. Los empleadores del personal doméstico residencial que pagan a los trabajadores $160 o más en un trimestre calendario deben contar con un seguro de indemnización de los trabajadores. Normalmente estos empleados prestan servicios domésticos, como de jardinería, limpieza, cuidado de niños, etc. No obstante, usted debe incluir a los trabajadores que contrata como empleados para realizar mejoras en su residencia mediante actividades relacionadas con el sector de la construcción en el caso en que dichos trabajadores no cuenten con una empresa propia o un seguro de indemnización de los trabajadores propio. Marque el casillero para Empleador de personal doméstico residencial que corresponda al tipo de trabajador que va a contratar y proporcione un cálculo de nómina de 12 meses de modo que la BWC pueda estimar su depósito de garantía de prima. Si va a contratar a un contratista para prestar estos servicios, quizá desee verificar que éste cuenta con la cobertura de la indemnización de los trabajadores activa.

Empresas unipersonales y compuestas por socios (incluye las sociedades de responsabilidad limitada que actúa como empresa unipersonal o asociación): Las empresas unipersonales y las compuestas por socios están exentas de tener la cobertura de indemnización de los trabajadores. Sin embargo, debe cubrir a sus empleados. Si usted califica para la cobertura electiva, puede elegir la cobertura seleccionando Sí (Yes) en la sección de cobertura electiva y en la sección sobre la información de propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud.

Sociedades de responsabilidad limitada: Estas compañías pueden optar por ser consideradas como una sociedad, empresa unipersonal o una asociación a los fines del impuesto a la renta. Debido a esto, los propietarios de una sociedad de responsabilidad limitada pueden ser considerados de manera diferente, dependiendo del tipo de entidad que elijan a los fines del impuesto a la renta. Por lo tanto, si usted presenta su declaración de impuesto a la renta como empresa unipersonal o asociación, la cobertura será electiva para los propietarios. Si presenta su declaración de impuesto a la renta como una sociedad, la cobertura de los propietarios no es electiva, salvo que se inscriba un individuo como sociedad. Marque el casillero de sociedad de responsabilidad limitada y especifique que usted está actuando como empresa unipersonal, asociación o una sociedad.

Sociedades: Los salarios que se deben informar al funcionario corporativo están sujetos a un mínimo y a un máximo, que se basa en el salario promedio semanal estatal (SAWW, por sus siglas en inglés) que calcula anualmente el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (*Ohio Department of Job and Family Services*). El límite mínimo de informes de nómina será del 50 por ciento del SAWW y el límite máximo de informes de nómina será del 150 por ciento del SAWW. La nómina mínima que se informa se aplica sólo a los funcionarios en actividad de la empresa (es decir, los funcionarios involucrados en la toma de decisiones y las operaciones diarias de la sociedad). Los funcionarios de una sociedad que devenguen entre el mínimo y el máximo informarán sus salarios reales en el formulario W-2. Para las sociedades de tipo S, los funcionarios deben informar los salarios de acuerdo con los servicios que prestan. Esto puede incluir los salarios del formulario W-2, así como la totalidad o parte de los ingresos normales del Anexo K-1 hasta el máximo.

Nota: Visite el sitio web de la BWC (elija: *Ohio Employers* (Empleadores de Ohio); P*ayroll reporting information* (Datos sobre el informe de nómina) debajo del título *Financial Info* (Información financiera)) o llame a la BWC para obtener los importes del requisito de informe de nómina mínimos y máximos aplicables para cada período de informe de la nómina.

Individuos inscritos como sociedad (sin empleados): Para calificar para este tipo de entidad comercial, debe ser una empresa unipersonal/de único propietario, sin empleados. La empresa unipersonal/de único propietario, sin empleados puede elegir la cobertura seleccionando Sí (Yes) en la sección de cobertura electiva y en la sección sobre la información de propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud. Por ley, las empresas que tienen más de un propietario o las empresas unipersonales/de único propietario, con empleados deben tener cobertura de indemnización de los trabajadores para todo el personal asociado a la compañía, incluso los funcionarios corporativos.

Compañía agraria familiar: Estos funcionarios están exentos de tener la cobertura de indemnización de los trabajadores. Sin embargo, deben proporcionarles cobertura a sus empleados. Estos funcionarios de compañías agrarias familiares pueden elegir la cobertura seleccionando Sí (Yes) en la sección de cobertura electiva y en la sección sobre la información de propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud. Para calificar como compañía agraria familiar, debe cumplir con los siguientes criterios:

- La granja familiar debe fundarse con el propósito de criar animales o plantas destinados a la alimentación de personas o animales (con exclusión de los viveros y las empresas de producción floral).
- La mayoría de los accionistas debe relacionarse dentro del cuarto grado de consanguinidad (hermanos, padres, abuelos, tías, tíos, tíos/as abuelos/as o primos hermanos) o ser cónyuge de dichas personas.
- Ningún accionista podrá conformar una compañía.
- Al menos una de las personas emparentadas dentro de la compañía debe residir en u operar de manera activa en la granja.

Cobertura electiva

La cobertura de los propietarios o funcionarios de una compañía y de una sociedad de responsabilidad limitada que actúa como una compañía (a excepción de los individuos inscritos como sociedad) no es voluntaria. No obstante, la cobertura para ciertos propietarios o ministros es electiva. Las categorías de individuos que califican para la cobertura electiva se enumeran a continuación.

- Empresa unipersonal
- Asociación
- Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como empresa unipersonal
- Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como asociación
- Funcionarios de compañías agrarias familiares
- Ministros ordenados o asociados a organizaciones religiosas en el ejercicio de sus ministerios
- Los individuos inscritos como sociedad (sin empleados)

Si usted califica para la cobertura electiva, puede elegir la cobertura seleccionando Sí (Yes) en la sección de cobertura electiva y en la sección sobre la información de propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud. Si decide no tener cobertura en este momento, es posible elegir la cobertura posteriormente y/o agregar propietarios o ministros que califican mediante *la Solicitud de cobertura electiva (Application for Elective Coverage)* (U-3S). Recuerde, si decide no tener cobertura y se lesiona en el trabajo, la BWC no le proporcionará cobertura y quizá otros seguros no puedan cubrir su incapacidad relacionada con el trabajo o las facturas médicas.

A continuación se enumeran los requisitos para el informe de nómina específicos asociados con la cobertura electiva.

Empresas unipersonales y compuestas por socios (incluye las sociedades de responsabilidad limitada que actúa como empresa unipersonal o asociación): para todos los individuos que elijan la cobertura, los salarios a informar están sujetos a un mínimo y un máximo, que se basa en el SAWW que calcula anualmente el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. El límite mínimo de informes de nómina será del 50 por ciento del SAWW y el límite máximo de informes de nómina será del 150 por ciento del SAWW. Las personas que ganan entre el mínimo y el máximo informarán sus ingresos netos reales basándose en el formulario 1040, Anexo C para las empresas unipersonales o el formulario 1065 Anexo K-1 para las asociaciones, incluso cualquier retiro.

Funcionarios de una compañía agrícola familiar: para los funcionarios corporativos de una compañía agraria familiar, los salarios a informar están sujetos a un mínimo y un máximo, que se basa en el SAWW que calcula anualmente el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. El límite mínimo de informes de nómina será del 50 por ciento del SAWW y el límite máximo de informes de nómina será del 150 por ciento del SAWW. Los funcionarios de una sociedad que devenguen entre el mínimo y el máximo informarán sus salarios reales en el formulario W-2. Para las sociedades de tipo S, los funcionarios deben informar los salarios de acuerdo con los servicios que prestan. Esto puede incluir los salarios del formulario W-2, así como la totalidad o parte de los ingresos normales del Anexo K-1 hasta el máximo.

Organizaciones religiosas: La ley de Ohio exige que las organizaciones religiosas les proporcionen cobertura a sus empleados pagos. No obstante, los ministros ordenados y ministros asociados no se consideran empleados a los efectos de la indemnización de los trabajadores. Cuando un ministro cuenta con cobertura en virtud de la póliza de una organización religiosa, los ingresos reales se deben informar y no están sujetos a un mínimo y a un máximo. Los ministros que no tienen cobertura en virtud de la póliza de una organización religiosa pueden completar una solicitud para la cobertura y elegir una para sí mismos como una empresa unipersonal. Los ministros que elijan la cobertura único propietario están sujetos a los requisitos de informe de mínimos y máximos descrito anteriormente.

Individuos inscritos como sociedad (sin empleados): para los funcionarios de sociedades compuestas por un individuo que eligen cobertura, los salarios a informar están sujetos a un mínimo y un máximo, que se basa en el SAWW que calcula anualmente el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. El límite mínimo de informes de nómina será del 50 por ciento del SAWW y el límite máximo de informes de nómina será del 150 por ciento del SAWW. Los funcionarios de una sociedad que devenguen entre el mínimo y el máximo informarán sus salarios reales en el formulario W-2. Para las sociedades de tipo S, los funcionarios deben informar los salarios de acuerdo con los servicios que prestan. Esto puede incluir los salarios del formulario W-2, así como la totalidad o parte de los ingresos normales del Anexo K-1 hasta el máximo.

Nota: Visite el sitio web de la BWC (elija: *Ohio Employers* (Empleadores de Ohio); P*ayroll reporting information* (Datos sobre el informe de nómina) debajo del título *Financial Info* (Información financiera)) o llame a la BWC para obtener los importes del requisito de informe de nómina mínimos y máximos aplicables para cada período de informe de la nómina.

Información de propietarios/funcionarios/ministros (no corresponde a los empleadores de personal doméstico residencial)

Debe proporcionar el nombre, la dirección, el número de seguro social, la fecha de nacimiento, el título/la relación y el porcentaje de participación, si los tuviere. Si la información de contacto es diferente a la proporcionada en la sección comercial o sobre la información de contacto comercial, usted puede proporcionar esa información aquí. Proporcione una breve descripción de sus funciones como propietario/funcionario/ministro. (Agregue más hojas si fuera necesario.) Asimismo, los individuos que califican para la cobertura electiva deberán indicar si desean o no elegir la cobertura para sí mismos en esta sección.

Descripción de las operaciones (no corresponde a los empleadores de personal doméstico residencial)

Es necesario realizar una descripción completa de su compañía para clasificar sus operaciones. Si proporciona la información incorrecta, la BWC podría clasificar su póliza de manera errónea. Para evitar esto, la BWC solicita que se proporcione información sustancial acerca de sus procesos, el equipamiento que utiliza y de cualquier producto final que pueda producir.

Consideraciones fuera del estado

Puede separar su nómina por estados si decide obtener una cobertura que no sea la que brinda la BWC por el trabajo que realiza de Ohio. Consulte el *Aviso de elección para obtener la cobertura de otros estados para empleados que trabajan fuera de Ohio de la BWC* (U-131) y las instrucciones para determinar si dicha elección se encuentra disponible para su compañía.

Empleadores de Ohio: Debe divulgar la información de nómina para los empleados que trabajan dentro y fuera de Ohio. Si elige cobertura de otro estado:

- NO debe incluir el trabajo realizado fuera de Ohio al informar la nómina o al calcular los pagos de primas a la BWC por el trabajo realizado en Ohio.
- Debe informar la nómina por el trabajo realizado fuera de Ohio a la BWC en un formulario separado. (Esto es sólo a los fines de conservar un registro. Usted NO debe pagar una prima en Ohio por el trabajo realizado fuera del estado.)

Empleadores fuera del estado: La BWC reconocerá la cobertura fuera del estado para los empleados que residen en otro estado, pero trabajan en Ohio por un plazo no mayor de 90 días. No obstante, la BWC sólo reconocerá la cobertura en la medida en que el otro estado reconozca a los empleadores de Ohio que operan temporariamente en su estado. **CASO CONTRARIO,** debe obtener la cobertura de Ohio e informar la nómina ante la BWC por todo el trabajo realizado en Ohio, que no esté sujeto al reconocimiento de otro estado.

Si usted contrata específicamente empleados para que trabajen en Ohio, debe obtener la cobertura de la BWC, sin importar dónde contrató usted a dichos trabajadores.

Nómina según el tipo de operaciones (no corresponde a los empleadores de personal doméstico residencial)

Utilice esta sección para determinar el importe de su depósito de garantía de prima. Proporcione un estimado de nómina de 12 meses para cada operación que realizan sus empleados, así como la cantidad de empleados que tiene asignados a cada operación. Para los individuos que califican para la cobertura electiva, enumere sólo los que hayan elegido la cobertura en la sección de Información de propietarios/funcionarios/ministros.

Información sobre las adquisiciones comerciales/la póliza asociada

Con fecha de entrada en vigencia el 27 de julio de 2006, para todas las sucesiones que tengan lugar a partir del 1 de septiembre de 2006, en circunstancias en que un sucesor realice toda la operación, todas y cada una de las obligaciones o créditos actuales y futuros se transferirán al sucesor, además de la experiencia. De conformidad con la sección 4123-17-02 del Código Administrativo de Ohio (*Ohio Administrative Code*), usted puede ser considerado un sucesor si continúa con las operaciones del empleador anterior, incluso si no se efectúa la compra. En tales circunstancias, será responsabilidad del sucesor notificar a la BWC respecto de la sucesión. Al adquirir o comprar una empresa, usted debe solicitar la cobertura de indemnización de los trabajadores de Ohio si tiene uno o más empleados. Se puede hacer una excepción cuando un familiar continúa con las operaciones. En tal caso, se puede completar una *Notificación de actualización de póliza para realizar cambios en la póliza actual (Notification of Policy Update to Make Changes to the Existing Policy)* (U-117).

Si un empleador compra o adquiere sólo una parte de la empresa, la BWC transfiere únicamente aquella parte de la experiencia del empleador anterior al empleador que le sucede. La BWC inspeccionará los registros de nómina y de reclamos del empleador anterior para determinar qué se debe transferir al sucesor para el cálculo de la tasa.

Certificación - Es necesario firmar

Todas las solicitudes necesitan estar firmadas. Asegúrese de completar esta área.

La cobertura no entra en vigencia hasta que la BWC recibe esta solicitud completa y el depósito de garantía mínimo de $120.

La BWC no puede procesar solicitudes incompletas.

Ohio | Bureau of Workers' Compensation

Solicitud para la cobertura de la Indemnización de los Trabajadores de Ohio

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita asistencia? ¡La Agencia de Indemnización de los Trabajadores (*Bureau of Workers' Compensation* o *BWC*) está para ayudarle!
Llame al 1-800-644-6292 y escuche las opciones para comunicarse con un representante de servicio al cliente.
Puede marcar el número en todo el país y si reside en Canadá y México, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m. horario del este.
Recuerde, usted puede acceder a la información y solicitar los servicios ingresando al sitio web de la BWC, www.bwc.ohio.gov.

Información general – deben completarla todos los tipos de empleadores

*Nombre legal de la compañía o nombre del propietario de la residencia	*Número federal de identificación de empleador o número de seguro social
Nombre de comercialización o denominación comercial	*Fecha en que los empleados obtuvieron sus primeros salarios en Ohio Si no tiene empleados, ingrese la fecha de hoy.

Información sobre la dirección

*Ubicación física principal (Ohio): Si la ubicación no es Ohio, proporcione su ubicación fuera del estado Calle (No use una casilla postal	Ciudad	Estado	Código postal
*Dirección postal Si es diferente a la ubicación principal (Ohio) Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Ubicaciones adicionales de Ohio (agregue más hojas si fuera necesario)

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal	Breve descripción de la operación

Información comercial

*Teléfono comercial: ¿Es un celular? ❑ Sí o ❑ No	Fax comercial
Correo electrónico comercial	Sitio web comercial

información de contacto comercial (Contacto(s) principal(es) para la comercialización)

*Contacto N.º 1 (Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	*Título/Tipo de contacto
*Teléfono: ❑ Discado directo o ❑ Celular	Correo electrónico:
Contacto N.º 2 (Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	Título/Tipo de contacto
Teléfono: ❑ Discado directo o ❑ Celular	Correo electrónico:

Información sobre la entidad comercial

☐ Casa interna: se aplica a tiempo completo/parcial internos trabajadores dentro o fuera de su residencia privada.
Compruebe el tipo de servicios de que sus empleados domésticos internos llevará a cabo dentro de su residencia.
- ☐ Domésticas dentro o fuera de mantenimiento de la yarda de la tierra
- ☐ Mejora/mantenimiento del hogar
- ☐ Construcción (nuevo/agregado/techo) o en su casa. Cálculo de la nómina de doce meses _____

*Marque abajo el único tipo de entidad comercial que corresponde a su situación.

- ☐ Empresa unipersonal
- ☐ Asociación
- ☐ Sociedad limitada
- ☐ Compañía
- ☐ Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como empresa unipersonal
- ☐ Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como asociación
- ☐ Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como compañía
- ☐ Individuo inscrito como sociedad
- ☐ Compañía agraria familiar
- ☐ Sociedad
- ☐ Entidad gubernamental estatal/local

Incorporation date	Charter number	State where incorporated

Cobertura electiva

Consulte los detalles adicionales en las secciones sobre la información de la entidad comercial y de cobertura electiva para completar la solicitud que describen los requisitos de informe para la cobertura electiva.

La cobertura de los propietarios o funcionarios de una compañía y de una sociedad de responsabilidad limitada que actúa como una compañía (a excepción de los individuos inscritos como sociedad sin empleados) es automática (es decir, la cobertura no es voluntaria).

No obstante, la cobertura para ciertos propietarios o ministros es voluntaria. A continuación constan las categorías de individuos que califican para la cobertura electiva.

- Empresa unipersonal
- Asociación
- Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como empresa unipersonal
- Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como asociación
- Funcionarios de compañías agrarias familiares
- Ministro ordenado o asociado de una organización religiosa
- Los individuos inscritos como sociedad (sin empleados)

Si algún individuo de su empresa cumple con los requisitos para la cobertura electiva, ingrese los nombres en la sección de información de propietarios/funcionarios/ministros. Si selecciona Sí (Yes) para solicitar la cobertura electiva, debe entender que al elegir la cobertura usted reconoce que acepta los requisitos mínimos de los informes de nómina descritos en el formulario de instrucciones U-3. Recuerde, si decide no tener cobertura y se lesiona en el trabajo, la BWC no le proporcionará cobertura y quizá otros seguros no puedan cubrir su incapacidad relacionada con el trabajo o las facturas médicas.

☐ *Coloque las iniciales para reconocer que ha aceptado y comprende los lineamientos de la cobertura electiva.

información de propietarios/funcionarios/ministros: Usted tiene la opción de elegir la cobertura de sus ministros. Si usted es una organización religiosa y desea elegir la cobertura para su ministro, incluya dicha información en esta sección.

*Nombre N.º 1 (Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	*N.º de seguro social	Fecha de nacimiento	*Título/Relación
*Dirección postal residencial (calle, ciudad, estado, código postal)			* % de titularidad
*Teléfono: ❑ Particular o ❑ Celular	Correo electrónico:		
*Tareas			
*Para los individuos que califican, ¿desea elegir la cobertura? (Consulte la sección de cobertura electiva) ❑ SÍ deseo elegir la cobertura para mí mismo. ❑ NO Comprendo que la BWC no pagará los beneficios de mi lesión laboral si no elige la cobertura.			
*Nombre N.º 2 (Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	*N.º de seguro social	Fecha de nacimiento	*Título/Relación
*Dirección postal residencial (calle, ciudad, estado, código postal)			* % de titularidad
*Teléfono: ❑ Particular o ❑ Celular	Correo electrónico:		
*Tareas			
*Para los individuos que califican, ¿desea elegir la cobertura? (Consulte la sección de cobertura electiva) ❑ SÍ deseo elegir la cobertura para mí mismo. ❑ NO Comprendo que la BWC no pagará los beneficios de mi lesión laboral si no elige la cobertura.			
*Nombre N.º 3 (Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	*N.º de seguro social	Fecha de nacimiento	*Título/Relación
*Dirección postal residencial (calle, ciudad, estado, código postal)			* % de titularidad
*Teléfono: ❑ Particular o ❑ Celular	Correo electrónico:		
*Tareas			
*Para los individuos que califican, ¿desea elegir la cobertura? (Consulte la sección de cobertura electiva) ❑ SÍ deseo elegir la cobertura para mí mismo. ❑ NO Comprendo que la BWC no pagará los beneficios de mi lesión laboral si no elige la cobertura.			
			% de titularidad total

Descripción de las operaciones

*Marque todos los tipos que correspondan a sus operaciones en Ohio.

Agricultura ❑ Cereales ❑ Ganado ❑ Lácteos ❑ Vegetales ❑ Aves de corral ❑ Horticultura ❑ Bayas/Viñedos

Extracción ❑ Minera ❑ Petróleo y gas ❑ Cantera

Manufactura ❑ Sí En caso afirmativo, complete la sección de la aplicación donde debe describir su servicio o producto.

Construcción ❑ Operaciones permanentes en el patio ❑ Edificios residenciales de tres pisos y menos ❑ Molduras interiores/gabinetes
❑ Edificios para uso comercial, industrial de más de tres pisos
❑ Otro (describa) _____

Transporte ❑ Bienes propios ❑ Bienes no propios ❑ Terrestre ❑ Aéreo ❑ Acuático ❑ Traslado interestatal
❑ Flete general ❑ Paquetes ❑ Personas ❑ Electro-domésticos ❑ Muebles ❑ Petróleo ❑ Gas
Distancia ❑ Local 200 millas o menos ❑ Más de 200 millas

Servicios públicos ❑ Sí En caso afirmativo, complete la sección de la aplicación donde debe describir su servicio o producto.

Comercial (mercaderías) ❑ Mayorista: Ventas _____% ❑ Minorista: Ventas _____% ❑ Envasado ❑ Chóferes/Entregas
❑ Reparación ❑ Producto de venta principal _____

Servicio ❑ Casa de té o café (sin cocina) ❑ Bebidas _____% de ventas totales ❑ Comida _____% de ventas totales
❑ Restaurante – comidas rápidas ❑ Restaurante – servicio de espera (sin mostrador) ❑ Reparto
❑ Alcohol _____% de recibos comparados con las ventas totales

❑ Almacenamiento para terceros ❑ Organización religiosa ❑ Limpieza de viviendas residenciales ❑ Limpieza de comercios
❑ Limpieza de viviendas vacías ❑ Empelados de servicio doméstico que trabajan en su residencia
❑ Limpieza en sitios elevados, como banquetas, escaleras, etc.

Actividad comercial de servicio de alto riesgo ❑ Sí En caso afirmativo, complete la sección de la aplicación donde debe describir su servicio o producto.

Trabajo de oficina ❑ Administrativo ❑ Ventas externas ❑ Consultorio médico ❑ Abogado ❑ Agente de bienes raíces
❑ Administración de propiedades (sin preservación de la propiedad)

*Describa su servicio o producto, incluyendo sus métodos de operación. Incluya las materias primas y productos semielaborados que utiliza (adjunte documentación adicional, si fuera necesario). Nota: Es importante que proporcione la mayor cantidad de información posible para que la BWC pueda determinar correctamente su clasificación.

_____
_____
_____
_____

*Describa la maquinaria, el equipamiento y las herramientas (adjunte documentación adicional, si fuera necesario).

_____
_____
_____

*Si no tiene una ubicación física principal en Ohio, proporcione una explicación por no tener un servicio profesional y/o el motivo por el que está solicitando cobertura en Ohio.

_____
_____
_____

Consideraciones fuera del estado

¿Es usted un empleador de Ohio que tiene empleados que trabajan fuera de Ohio? ❑ Sí ❑No

¿Sus empleados tienen cobertura en virtud de otra póliza de indemnización de los trabajadores emitida por un estado que no es Ohio? ❑ Sí En caso afirmativo, proporcione la siguiente información. ❑ No

Nombre de la aseguradora: _____ Número de póliza: _____

El contrato de empleo con sus empleados se celebró: Elija una opción
❑ Exclusivamente en Ohio ❑ Exclusivamente en un estado diferente de Ohio
❑ Una combinación entre Ohio y un estado diferente

¿Tiene empleados de Ohio que trabajan en forma temporaria en un estado diferente a Ohio? ❑ Sí ❑ No

Nómina por tipo de operación

*Tipo de operación (Enumere todos los tipos - Agregue más hojas si fuera necesario). Proporcione información estimativa para todos los empleados, incluso para los funcionarios de una compañía o sociedad de responsabilidad limitada	*Cantidad de empleados estimada.	*Nómina total estimada para los próximos doce meses.
Personal administrativo de oficina (Sin actividades fuera de la oficina, en ventas o servicio, sin servicio de venta en mostrador o exposición a las operaciones de la fábrica);		
Teletrabajador administrativo (Empleados de oficina que trabajan desde su hogar);		
Vendedores viajantes (Sin manipulación, servicio o reparto);		
Chóferes (camión o reparto).		
Proporcione la información estimativa para cada propietario único, asociado, individuo inscrito como incorporada como sociedad, funcionario de compañía agrícola familiar o ministro que eligen la cobertura por sí mismos.		
Nombre 1:		
Nombre 2:		
Nombre 3:		

Información sobre las adquisiciones comerciales/la póliza asociada

¿Ha habido otras pólizas de indemnización de los trabajadores de Ohio asociadas con esta operación o con cualquier otra operación afiliada? ❑ Sí ❑ No
Mencione los números de la(s) póliza(s) _____

*¿Alguno de los directores tiene cobertura de indemnización de los trabajadores por esta o por cualquier otra operación; o han tenido cobertura de indemnización de los trabajadores por cualquier operación en el pasado? ❑ Sí ❑ No
Nombre _____

*¿Adquirió/Compró esta empresa? ❑ Sí ❑ No	*Nombre anterior de la empresa y número de póliza de la BWC	*Fecha en que adquirió/compró la empresa	*¿Adquirió/Compró ❑ toda o ❑ parte de la empresa existente

¿Adquirió/Compró esta empresa a un familiar? ❑ Sí ❑ No En caso afirmativo, indique la relación	¿Fue una adquisición mediante acciones? ❑ Sí ❑ No En caso afirmativo, ¿retuvo número federal de identificación de empleador anterior? ❑ Sí ❑ No	¿Cuántos empleados del empleador anterior contrató?

Nombre de contacto del empleador anterior	Teléfono de contacto del empleador anterior	¿Cuenta con un convenio de compra asociado con esta transacción? ❑ Sí ❑ No En caso afirmativo, la BWC puede solicitar una copia del acuerdo.

¿La empresa se adquirió debido a un proceso de quiebra o liquidación? ❑ Sí ❑ No
Explique

¿La empresa ha operado en forma ininterrumpida? ❑ Sí ❑ No
Explique

¿Adquirió/Compró los contratos o clientes del empleador anterior? ❑ Sí ❑ No
Explique

¿Continúa operando en el mismo lugar que el empleador anterior? ❑ Sí ❑ No
Explique

¿Llevará a cabo las actividades comerciales de la misma manera que el empleador anterior? ❑ Sí ❑ No
Explique

¿Adquirió/Compró alguna maquinaria o equipamiento del empleador anterior? ❑ Sí ❑ No
Explique

Certificación - Es necesario firmar

Nombre (impreso) _____

Al firmar, certifico que poseo la autoridad para ejecutar esta solicitud y que los hechos expuestos en el presente documento son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier persona que no garantice ni conserve la cobertura de indemnización de los trabajadores ni pague todas las primas correspondientes de conformidad con las leyes de Ohio, o que tergiverse, oculte hechos, o realice declaraciones falsas para obtener la cobertura puede estar sujeto a sanciones civiles, penales y/o administrativas.

*Firma del empleador _____ Título: _____ *Fecha: _____

ADVERTENCIA: El seguro no entra en vigencia hasta que la BWC recibe la solicitud y el depósito de garantía de $120.
La BWC le facturará el saldo del depósito de garantía.
La BWC no puede procesar solicitudes incompletas.o solicitudes enviadas sin el pago.

BWC USE ONLY

Policy number	Quote number	Effective date	Payment type ❑ Cash ❑ Check	Payment amount	Date received	Initials