



¿Tiene dudas? ¿Necesita ayuda? ¡Estamos aquí para ayudar!

Llame al 1-800-644-6292 y escuche las opciones para comunicarse con un representante de servicio al cliente que está disponible de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del este.

Para más información, visite nuestro sitio web en www.bwc.ohio.gov.

Llene todos los campos requeridos (*) para evitar retrasos en la tramitación.

BWC devolverá las solicitudes que no incluyan la cuota de solicitud no reembolsable de \$120.

***Información general**

*Razón social/Propietario		*Número Federal de Contribuyente/Número de seguro social	
Haciendo negocios como			
¿Tiene actualmente algún empleado en Ohio? ¿O está planeando contratar empleados en Ohio en los próximos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			*Primera fecha de contratación
<i>(*Nota: Si no tiene empleados y no contratará empleados, debe llenar el Cuestionario Sin Empleados al final de este formulario).</i>			

***Dirección del negocio**

*Ubicación física principal (se prefiere en Ohio) Línea 1 de dirección (no se permiten apartados postales)		Línea 2 de dirección	
*Ciudad	*Estado	*Código postal	

Dirección postal Marque si su dirección postal es la misma que la anterior.

*Línea 1 de dirección postal			
*Ciudad	*Estado	*Código postal	
Nombre adicional del negocio en Ohio			
Línea 1 de dirección de ubicación física adicional en Ohio (no se permiten apartados postales)		Línea 2 de dirección	
Ciudad	Estado OH	Código postal	

Nota: Enumere las ubicaciones adicionales al final de este formulario.

***Comunicación con el negocio**

*Correo electrónico del negocio		*Teléfono del negocio	¿Es este un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo postal dirigido a:	Sitio web del negocio	Fax del negocio	

Contactos

*Nombre del contacto principal (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo)			
*Correo electrónico del contacto		*Teléfono del contacto	¿Es este un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Cargo/tipo de contacto			
Nombre del contacto secundario			
Correo electrónico del contacto		Teléfono del contacto	¿Es este un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cargo/tipo de contacto			

Nombre legal de la empresa	Cotización/Póliza (únicamente para uso por BWC)
----------------------------	---

*Tipo de entidad comercial		
<input type="checkbox"/> Propietario único	<input type="checkbox"/> Sociedad en comandita**	<input type="checkbox"/> Corporación**
<input type="checkbox"/> Sociedad	<input type="checkbox"/> Compañía de responsabilidad limitada que actúa como una empresa**	<input type="checkbox"/> Corporación familiar agrícola**
<input type="checkbox"/> Compañía de responsabilidad limitada que actúa como el propietario único**	<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> Gobierno estatal/local
<input type="checkbox"/> Compañía de responsabilidad limitada que actúa como una sociedad**	<input type="checkbox"/> Persona constituida como una empresa**	

Nota: Para las entidades anteriores (**), llene los campos requeridos a continuación (**).

**Número de acta constitutiva	**Fecha de incorporación	**Estado de incorporación
-------------------------------	--------------------------	---------------------------

Propietario/Empleador doméstico
<input type="checkbox"/> Construcción – vivienda nueva, adición de habitación, remodelación, techo (Agregar una habitación adicional a una vivienda existente, techado de una vivienda, colocar una terraza, instalar una cerca, remodelación de la cocina, etc.) <input type="checkbox"/> Contratar los servicios de un contratista asegurado <input type="checkbox"/> Contratar a mis propios empleados/mano de obra, para un propietario y no para contratistas <input type="checkbox"/> Ayuda doméstica en interiores/exteriores (Cocinero, cuidador de niños, jardinero/cuidado del césped, ama de llaves, etc.) <input type="checkbox"/> Mejoramiento/mantenimiento de vivienda (Pintura interior de habitación, reparación de puerta/ventana, reparación de láminas de yeso, trabajo de carpintería menor, etc.)

Tipos de empleadores especiales
<p>Estos tipos de empleadores requieren llenar formularios adicionales para procesar y para asegurar la cobertura adecuada. Dichas entidades también deben registrarse con BWC y seguir todos los estatutos y reglas correspondientes.</p> <p>¿Es usted un Servicio provisional/Agencia de empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es usted una Organización de Empleadores Profesionales(PEO, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es usted una Organización Empleadora Alternativa (AEO, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es usted una organización sin fines de lucro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Consideraciones fuera del estado
<p>Si usted es un empleador basado en Ohio, ¿tiene empleados en Ohio que trabajarán temporalmente en otro estado y tiene otra póliza para brindarles cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>*En caso afirmativo, le enviaremos un Aviso de elección para obtener cobertura de otros estados para empleados que trabajan fuera de Ohio (U-131) o puede descargarlo de la sección de formularios para empleadores de nuestro sitio web.</p>

Cobertura optativa
<p>Se debe proporcionar la plena propiedad para cualquier tipo de propietario único o de entidad colaborativa para que sea equivalente al 100% total de la propiedad. Las iglesias que deseen ofrecer cobertura a sus ministros deben brindar información demográfica del ministro y deberán leer la información más adelante al respecto de cobertura opcional. Si tiene necesidad de cobertura electiva más adelante, llene la Solicitud para cobertura electiva (U-3S).</p> <p>La cobertura del propietario/ejecutivo(s) de ciertos tipos de entidades o cobertura para un ministro es voluntaria. A continuación, se enumeran las personas que califican para cobertura electiva (OAC 4123-17-07). Consulte las instrucciones para información adicional y los requisitos para informar sobre salarios y primas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propietario único • Sociedad • Sociedad en comandita • Compañía de responsabilidad limitada que actúa como el propietario único • Compañía de responsabilidad limitada que actúa como una sociedad • Ejecutivos de una empresa familiar agrícola • Ministro ordenado o asociado de una organización religiosa • Persona incorporada como una empresa (sin empleados) (I-corp) <p>Si las personas en la compañía cumplen con los requisitos para cobertura electiva, usted debe ingresar su nombre e información demográfica en la sección de información del propietario/ejecutivo/ministro. Si elige sí para añadir cobertura electiva, debe entender que al hacerlo usted reconoce y acepta los requisitos mínimos y máximos de informe de nómina que se detallan en las instrucciones y de conformidad con OAC 4123-17-30. Recuerde, si no brinda cobertura a esta persona y dicha persona se lesiona en el trabajo, BWC no brindará cobertura y otro seguro no puede cubrir una discapacidad relacionada con el trabajo o cuentas médicas relacionadas.</p> <p>Coloque sus iniciales para reconocer que ha leído y entendido las directrices de la cobertura optativa. <input type="text"/></p>

Nombre legal de la empresa	Cotización/Póliza (únicamente para uso por BWC)
----------------------------	---

***Información del Propietario/Ejecutivo/Ministro**

*Nombre (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo)

Dr. Sr. Sra. Srta.

*Dirección postal de casa

*Ciudad	*Estado	*Código postal
*Número de seguro social	Fecha de nacimiento	*% de propiedad
*Correo electrónico	*Número de teléfono	¿Es este un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

***Para personas que califican para cobertura optativa, ¿desea elegir cobertura? (Consulte la sección de cobertura optativa)**

Sí, agregar cobertura optativa para esta persona y aceptar los requisitos de presentación de informe y cancelación de conformidad con OAC 4123-17-30.

NO, no agregar cobertura para esta persona, y comprendo que BWC no pagará los beneficios por una lesión relacionada con el trabajo para esta persona dado que se rechazó la cobertura.

*Deberes laborales	*Cargo
	¿Es usted voluntario para una entidad sin fines de lucro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Nombre (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo)

Dr. Sr. Sra. Srta.

*Dirección postal de casa

*Ciudad	*Estado	*Código postal
*Número de seguro social	Fecha de nacimiento	*% de propiedad
*Correo electrónico	*Número de teléfono	¿Es este un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

***Para personas que califican para cobertura optativa, ¿desea elegir cobertura? (Consulte la sección de cobertura optativa)**

Sí, agregar cobertura optativa para esta persona y aceptar los requisitos de presentación de informe y cancelación de conformidad con OAC 4123-17-30.

NO, no agregar cobertura para esta persona, y comprendo que BWC no pagará los beneficios por una lesión relacionada con el trabajo para esta persona dado que se rechazó la cobertura.

*Deberes laborales	*Cargo
	¿Es usted voluntario para una entidad sin fines de lucro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Nombre (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo)

Dr. Sr. Sra. Srta.

*Dirección postal de casa

*Ciudad	*Estado	*Código postal
*Número de seguro social	Fecha de nacimiento	*% de propiedad
*Correo electrónico	*Número de teléfono	¿Es este un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

***Para personas que califican para cobertura optativa, ¿desea elegir cobertura? (Consulte la sección de cobertura optativa)**

Sí, agregar cobertura electiva para esta persona y aceptar los requisitos de presentación de informe y cancelación de conformidad con OAC 4123-17-30.

NO, no agregar cobertura para esta persona, y comprendo que BWC no pagará los beneficios por una lesión relacionada con el trabajo para esta persona dado que se rechazó la cobertura.

*Deberes laborales	*Cargo
	¿Es usted voluntario para una entidad sin fines de lucro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

***Descripción de las operaciones**

Describa sus servicios y/o productos, incluyendo su método de operaciones realizadas en Ohio. Enumere cualquier maquinaria, equipo, herramientas, materias primas y materiales semiacabados usados para realizar todas las labores.

Grupos industriales

Marque las opciones que mejor describan las operaciones de la empresa y/o los bienes/servicios prestados.

 Agricultura Servicios públicos Extracción Comercial Fabricación Servicio Construcción Comercial/servicio de alto riesgo Transporte Trabajo de oficina/misceláneo

Nombre legal de la empresa	Cotización/Póliza (únicamente para uso por BWC)
----------------------------	---

Nómina anual estimada

Incluya el tipo de operación de los empleados, la cantidad estimada de empleados y la nómina estimada a 12 meses. Incluya cualquier propietario/ejecutivo de una empresa, asociación o compañía de responsabilidad limitada que actúa como empresa (excepto para personas incorporadas como una empresa sin empleados). Estos propietario/ejecutivo(s), están cubiertos como empleados establecidos (es decir, la cobertura no es voluntaria) y *deben* incluirse en la nómina anual estimada.

*Tipo de operación (enumere todos los tipos, adjunte páginas adicionales de ser necesario). Proporcione información estimada para todos los empleados, incluyendo los ejecutivos de la empresa como se indica previamente.	Cantidad estimada de empleados	Nómina total estimada
Personal administrativo (sin obligaciones fuera de la oficina, en ventas o servicio, sin mostrador de servicio ni exposición a las operaciones de fábrica)		
Teletrabajador administrativo (empleados administrativos que trabajan desde sus residencias)		
Trabajadores domésticos, residenciales (no para entidades de construcción)		
Choferes (de camiones o entrega)		
Vendedores ambulantes (sin manejo, servicio ni entrega)		

Nómina anual de cobertura electiva

*Si tiene cobertura electiva para una persona, anote sus nombres a continuación y la nómina a 12 meses estimada para cada persona. Debe seguir los requisitos de informe mínimos y máximos para dichas personas como se indica, que se puede encontrar en línea en www.bwc.ohio.gov.

Nombre de la persona que elige cobertura	Nómina total estimada

Selección de plan de pago a plazos

Elija la opción de pago a plazo que prefiera para el siguiente año de póliza completo. Para primas de un total de \$250 o menos, BWC establecerá un plan de pago anual. De otra forma, si no se hace una elección, se elegirá un plan de pago bimestral (6).

Anual (1) Semestral (2) Trimestral (4) Bimestral (6) Mensual (12)

Para años de póliza parciales, que no comienzan el 1 de julio, BWC hará la equivalencia más cercana posible a su selección.

*Formación del negocio/Compra/Venta

*¿Cuál describe mejor la formación del negocio en Ohio?

- Formación de una nueva entidad que opera en Ohio
 Únicamente adquisición de activos**
 Transferencia involuntaria**
 Fusión**
 Compra**

Nota: Para cualquiera de las (**) anteriores, usted *debe* llenar las afiliaciones de compra/venta y póliza relacionadas, a continuación. Cualquier información omitida está sujeta a los hallazgos y procesos de BWC.

Nombre legal de la empresa	Cotización/Póliza (únicamente para uso por BWC)
----------------------------	---

Compra/venta y afiliaciones de póliza

*Nombre previo del negocio	Número previo de póliza
----------------------------	-------------------------

*Fecha de la transacción para la compra/fusión/transferencia

*¿Existe un convenio escrito con esta transacción? Sí No (En caso afirmativo, BWC podría solicitar una copia del convenio). *¿Conoce alguna parte del negocio anterior que aún tenga operaciones adicionales en curso? Sí No
En caso afirmativo, proporcione detalles

*¿Cuántos empleados contrató del empleador anterior?

*¿Está operando en la misma ubicación en la que lo hacía el empleador anterior? Sí No

*¿Continúa proporcionando servicio a los contratos o lista de clientes del empleador anterior? Sí No

*Durante la transferencia, ¿han continuado las operaciones sin interrupción? Sí No

*¿Está realizando su negocio de forma similar a como lo hacía el empleador previo? Sí No

En caso negativo, proporcione detalles

*Nombre de la persona de contacto en relación con esta transacción

*Correo electrónico	*Número de teléfono	¿Es este un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------	---------------------	---

*¿Ha estado afiliado cualquier propietario/ejecutivo asociado con este negocio con otra política de compensación para los trabajadores de Ohio antes de este momento? Sí No
En caso afirmativo, enumere los nombres de dichos propietarios/ejecutivos o los negocios y los números de póliza, si los conoce.

Nombre previo del negocio	Número previo de póliza

Certificación

Por la presente yo, _____ (escribir en letra de molde el nombre de la persona que certifica) certifico que tengo la autoridad para completar esta solicitud y que los hechos establecidos en la misma son veraces y correctos a mi leal saber y entender. Estoy consciente de que cualquier persona que no contrate o asegure cobertura de compensación para los trabajadores y que no pague todas las primas de conformidad con las leyes de Ohio o que tergiversar información, oculte hechos o haga declaraciones falsas para obtener cobertura puede estar sujeto a penas civiles, criminales y/o administrativas.

Firma de la persona que certifica _____ Cargo _____ Fecha _____

ADVERTENCIA: La póliza no tiene efecto hasta que BWC haya recibido la solicitud completada junto con la cuota de solicitud no reembolsable de \$120. Además, la cobertura está supeditada a la recepción del pago de la primera cuota. BWC no puede procesar solicitudes incompletas o solicitudes presentadas sin pago. Se requieren la firma y la fecha.

ÚNICAMENTE PARA USO DE BWC

Número de póliza	Número de cotización	Fecha de validez	Tipo de pago <input type="checkbox"/> Orden de pago <input type="checkbox"/> Cheque	Monto del pago	Fecha de recepción	Iniciales
------------------	----------------------	------------------	--	----------------	--------------------	-----------

Cuestionario sin empleados**Antecedentes**

Con frecuencia, los clientes presentan solicitudes para compensación al trabajador en los que no se indica el requerimiento para la cobertura. Comúnmente esto se relaciona con que el negocio o la persona indicando que no tienen empleados. A nivel nacional, hay una tendencia a ampliar la definición de un contratista independiente con el propósito único de evitar el pago de primas para la compensación para trabajadores para personas que deberían considerarse empleados. La determinación del estado de un trabajador como trabajador independiente o como empleado podría requerir análisis adicional.

Proporcionaremos cobertura para negocios o personas cuando se requiera cobertura y se cumplan los lineamientos de suscripción. Sin embargo, cuando la relación entre un trabajador y el negocio que lo contrata aparente ser una de empleado/empleador, una póliza emitida al trabajador no ofrece valor ni para el trabajador ni para la entidad empleadora. En dichos casos podríamos rechazar la cobertura.

Dado que está solicitando cobertura en una situación en la que no se anticipan empleados, proporcione respuesta al cuestionario a continuación para brindarnos información adicional que ayude en nuestra revisión durante el procesamiento de su solicitud de cobertura.

1. ¿Por qué desea cobertura?

- Soy un contratista independiente.
- Soy un empleador fuera del estado que desea participar en una licitación para un trabajo en Ohio.
- Mi negocio se encuentra en su fase inicial de arranque.
- Otro
Descripción

2. ¿Se le asignan trabajos a través de un proceso de licitación pública? Sí No

3. ¿Existe un contrato escrito entre usted y el contratista general para cada nuevo trabajo? Sí No

4. ¿Se brinda supervisión directa, instrucción o capacitación por parte del contratista general para el trabajo que usted realiza?

- Sí No

5. ¿Quién proporciona los materiales, suministros, herramientas y equipo que se usan para realizar su trabajo?

- Contratista general
- Yo

6. ¿Cómo recibe pago por parte del contratista general?

- Comisión
- Precio contratado
- Por hora
- Por trabajo
- Otro
Descripción

7. ¿Lleva registros auditables en nombre de su negocio? Sí No

8. ¿Cómo lleva el registro de los gastos de su negocio?

- Cuenta de cheques empresarial
- Diario de distribución de efectivo
- Cuenta de cheques personal
- Otro
Descripción