

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? ¡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 desde cualquier parte del país y en Canadá y México, desde las 7:30 a. m. hasta las 5:30 p. m., hora estándar del Este. Recuerde que puede acceder a información y solicitar servicios si visita el sitio web de la BWC en [www.bwc.ohio.gov](http://www.bwc.ohio.gov).

La cobertura de la indemnización de los trabajadores lo protege a usted y a sus empleados en caso de 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. Lo exige la ley. La cobertura no entra en vigor hasta que la BWC recibe la solicitud completa y el depósito no reembolsable de \$120 para la solicitud y depende de la recepción oportuna del pago de la primera cuota. Los contratistas y subcontratistas independientes también deben obtener cobertura para sus empleados.

La BWC considera que los funcionarios de una compañía son empleados a los efectos de la indemnización de los trabajadores; excepto que un individuo se inscriba como sociedad 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, no cuenta automáticamente con la cobertura. Usted puede elegir la cobertura para usted mismo seleccionando "Yes" (Sí) 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 sí mismo, debe contar con cobertura para todos los empleados que contrate.**

#### **Obtener cobertura es fácil si sigue estos pasos.**

1. Solicite cobertura en línea en [www.bwc.ohio.gov](http://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 equipamiento 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 no reembolsable de \$120 para la solicitud a:

**Ohio Bureau of Workers' Compensation  
P.O. Box 15698  
Columbus, OH 43215-0698**

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:

- Una factura de la póliza para su primera cuota. La BWC determinó su prima anual estimada a partir de la nómina estimada para los próximos 12 meses que usted presentó. La BCW utiliza estas cifras para calcular las cuotas;
- Un Aviso de prima anual estimada, que proporciona información pertinente sobre su póliza. El aviso también hace referencia sobre el nuevo juego de documentos del empleador, que le explica sus derechos y responsabilidades. También proporciona consejos sobre ahorro de costos para su empresa. Además, el juego de documentos incluye una Guía de elección de una Organización de atención administrada (managed care organization o MCO) con instrucciones sobre cómo elegir una organización de atención administrada. Las MCO gestionan, desde el punto de vista médico, los reclamos de indemnización de los trabajadores de los empleados de su compañía;
- El Certificado de cobertura de la indemnización de los trabajadores de Ohio, que incluye la fecha de entrada en vigor de la cobertura. La cobertura depende de la recepción oportuna del pago de su primera cuota. Usted debe exhibir el Certificado de la Cobertura de la indemnización de los trabajadores de Ohio como prueba de la cobertura.

#### **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 sus empleados ganaron su primer salario en Ohio o la fecha en que usted calcula que sus empleados recibirán su primer salario en Ohio. Si no proporciona esta información, es posible que se le imponga una multa por los períodos no cubiertos en que 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 la factura de su póliza, 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 vigor hasta que la BWC recibe la solicitud completa y el depósito no reembolsable de \$120 para la solicitud. Además, la cobertura depende de la recepción oportuna del pago de su primera cuota. BWC cannot process incomplete applications.**

## Ubicaciones adicionales en Ohio

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

## Información comercial

Proporcione la información comercial general para su ubicación principal.

## Información de contacto comercial

Proporcione información específica sobre los individuos que permita a la BWC comunicarse directamente con aquellos que manejan sus asuntos de la indemnización de los trabajadores.

## Cobertura de personal doméstico residencial

La cobertura se aplica a trabajadores de tiempo completo/parcial empleados dentro o fuera de su residencia privada, e incluye choferes. 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 los pagos de cuotas futuras. 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.

## Información sobre la entidad comercial

Seleccione un tipo de entidad comercial que aplique 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 compañía; 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 escritura de constitución y el estado de inscripción de la compañía. Si se inscribió en un estado distinto de Ohio, el número de escritura de constitución quizá pueda constar como otro nombre identificador.

**Empresa unipersonal y compuestas por socios (incluye las sociedades de responsabilidad limitada que actúan 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 "Yes" (Sí) 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 sociedades 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 compañía, la cobertura de los propietarios no es electiva, salvo para un individuo inscrito como sociedad (sin empleados).

**Compañías:** 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 y la fecha de entrada en vigor del período de la póliza. El límite mínimo de informes de nómina se aplica solamente a los funcionarios corporativos activos (es decir, funcionarios que participan en la toma diaria de decisiones de la compañía). Los funcionarios de una compañía que ganen entre los límites máximo y mínimo deben informar sus salarios reales en el formulario W-2. Para las compañías 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. Los funcionarios de una organización sin fines de lucro, según se define en la sección 1701.02 del Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code), que presten sus servicios de forma voluntaria como funcionarios están excluidos de la cobertura de indemnización de los trabajadores.

**Nota:** visite el sitio web [www.bwc.ohio.gov](http://www.bwc.ohio.gov) y haga clic en la sección Employers (Empleadores). En el menú de la izquierda vaya a Payroll/Premium (Nómina/Prima), luego seleccione Payroll true-up reports (Informes de conciliación de nómina), luego seleccione Details (Detalles) y seleccione Minimum and maximum payroll reporting requirements (Requisitos de informes de nómina mínima y máxima) para obtener los montos mínimo y máximo del requisito de informes de nómina aplicables para cada año de la póliza.

**Individuos inscritos como compañía (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 "Yes" (Sí) 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 cubrir a sus empleados. Estos funcionarios de compañías agrarias familiares pueden elegir la cobertura seleccionando "Yes" (Sí) 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 de flores).
- 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 relacionadas dentro de la compañía debe residir en, u operar activamente, la granja.

**Sociedad:** En general, una sociedad es un grupo de personas unidas con un fin específico. Para calificar bajo la sección 501(a) del Código, la sociedad debe contar con un documento por escrito, como artículos de sociedad, que demuestre su creación. Al menos dos personas deben firmar y colocar la fecha en el documento.

## Cobertura electiva

La cobertura para ciertos propietarios o ministros es electiva. Las categorías de individuos que califican para la cobertura electiva se enumeran debajo.

- 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 en ejercicio de sus ministerios
- Individuos inscritos como sociedad (sin empleados)

Si usted califica para la cobertura electiva, puede elegir la cobertura seleccionando "Yes" (Sí) 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 para sí mismo 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 actúan 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 salario promedio semanal estatal. Los requisitos de informe máximo y mínimo se determinan según la fecha de entrada en vigor del período de la póliza. Para determinar los requisitos de informe mínimo y máximo vigentes, consulte la nota de abajo. Las personas que ganan entre el mínimo y el máximo informarán sus ingresos netos reales basándose en el formulario de impuestos federal Anexo C para las empresas unipersonales o el Anexo K-1 para las asociaciones, incluso cualquier retiro.

**Funcionarios de una compañía agraria familiar:** Para los funcionarios corporativos de una compañía agraria familiar que elijan la cobertura, los salarios a informar están sujetos a un mínimo y un máximo, que se basa en el salario promedio semanal estatal. Los requisitos de informe máximo y mínimo se determinan según la fecha de entrada en vigor del período de la póliza. Para determinar los requisitos de informe mínimo y máximo vigentes, consulte la nota de abajo. Los funcionarios de una compañía agraria familiar que ganen entre los límites máximo y mínimo deben informar sus salarios reales en el formulario W-2. Los funcionarios deben informar un salario razonable por los servicios que realizan, incluso salarios en el formulario W-2. Los salarios incluyen la totalidad o parte de los ingresos normales del Anexo K-1.

**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. Sin embargo, un ministro que elige cobertura como una empresa unipersonal está sujeto a un monto máximo y mínimo que se basa en el salario semanal estatal promedio y la fecha de entrada en vigor del período de la póliza.

**Individuos inscritos como compañía (sin empleados):** 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 salario promedio semanal estatal y la fecha de entrada en vigor del período de la póliza. Para determinar los requisitos de informe mínimo y máximo vigentes, consulte la nota de abajo. Los individuos inscritos como compañía que devenguen entre el mínimo y el máximo deben informar sus salarios reales. Los individuos inscritos como compañía deben informar un salario razonable por los servicios que realizan, incluso salarios en el formulario W-2. Los salarios incluyen la totalidad o parte de los ingresos normales del Anexo K-1.

**Nota:** visite el sitio web [www.bwc.ohio.gov](http://www.bwc.ohio.gov) y haga clic en la sección Employers (Empleadores). En el menú de la izquierda vaya a Payroll/Premium (Nómina/Prima), luego seleccione Payroll true-up reports (Informes de conciliación de nómina), luego seleccione Details (Detalles) y seleccione Minimum and maximum payroll reporting requirements (Requisitos de informes de nómina mínima y máxima) para obtener los montos mínimo y máximo del requisito de informes de nómina aplicables para cada año de la póliza.

## Información de los propietarios/funcionarios/ministros (no se aplica a empleadores de personal doméstico residencial)

Debe proporcionar el nombre, dirección de residencia, número del Seguro social, fecha de nacimiento, título/relación y porcentaje de titularidad, si existe. Si la información de contacto difiere de la proporcionada en la sección de información comercial o de contacto comercial, puede proporcionar dicha información aquí. Proporcione una breve descripción de sus obligaciones como propietario/funcionario/ministro. (Adjunte hojas adicionales, si fuese necesario). Además, los individuos que califiquen para la cobertura electiva deben indicar si desean o no elegir cobertura para sí mismos en esta sección.

## Descripción de las operaciones (no se aplica a empleadores de personal doméstico residencial)

Es necesario que proporcione una descripción completa de su empresa para clasificar sus operaciones. Si proporciona información inadecuada, la BCW podría clasificar su póliza incorrectamente. Para evitar que esto ocurra, la BCW le pide que proporcione información detallada relacionada con sus procesos, los equipos utilizados y todos los productos finales que produzca.

## Consideraciones fuera del estado

**Empleadores de Ohio:** debe divulgar la información de la nómina para sus empleados que sean de Ohio pero que trabajen dentro y fuera de Ohio. Sin embargo, puede dividir su nómina por estado si elige obtener cobertura que no sea de la BCW para trabajos que se realicen fuera 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.

Si elige la cobertura de otro estado, usted:

- NO debe incluir los trabajos realizados fuera de Ohio al informar su nómina o calcular los pagos de primas a la BWC por trabajos realizados fuera de Ohio;
- Debe informar su nómina para trabajos realizados fuera de Ohio a la BWC en un formulario separado. (Esto es solo a los efectos 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. Usted debe obtener cobertura e informar su nómina a la BWC solo si el período temporal excede los 90 días. Múltiples períodos temporales que sea de menos de 91 días de duración cada uno es un período temporal distinto.

Si contrata específicamente empleados para trabajar en Ohio, debe obtener la cobertura de la BWC independientemente de dónde contrató a sus trabajadores.

## Plan de pago en cuotas de la prima

La ley de Ohio permite que los empleadores paguen una prima mayor que el mínimo de \$120 para seleccionar un programa de pago de cuotas. Los empleadores que informen la prima mínima automáticamente quedan registrados para un solo pago. La opción que seleccione puede no estar disponible para el primer período de su póliza. Si cumple con las calificaciones para la opción del plan de pago que seleccionó, el programa del plan de pago estará disponible para el primer año de póliza completa.

## Estimado anual de nómina por tipo de operación (no se aplica a empleadores de personal doméstico residencial)

Proporcione la nómina en Ohio para los próximos 12 meses para cada operación realizada por sus empleados además de la cantidad de empleados con los que cuenta en cada operación. Para las personas que califican para la cobertura electiva, enumere solamente aquellos que han elegido cobertura en la sección de información del propietario/funcionario/ministro. La nómina anual estimada se utiliza para calcular su prima anual estimada que determinará las facturas de sus cuotas. Si la nómina estimada aumenta o disminuye significativamente en el transcurso del año de la póliza, comuníquese con la BWC.

## Información sobre compra/fusión empresarial o compraventa y póliza asociada

Para todas las sucesiones que tengan lugar a partir del 1.º de septiembre de 2006, en circunstancias en que un sucesor se haga cargo de toda la operación, todas y cada una de las obligaciones 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 solo 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.

## Certificaciones – Firma obligatoria

**Todas las solicitudes requieren una firma. Asegúrese de completar esta área.**

La cobertura no entra en vigor hasta que la BWC recibe la solicitud completa y el depósito no reembolsable de \$120 para la solicitud. Además, la cobertura depende de la recepción oportuna del pago de su primera cuota. La BWC no puede procesar solicitudes incompletas.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? ¿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 desde cualquier parte del país y en Canadá y México, desde las 7:30 a. m. hasta las 5:30 p. m., hora estándar del Este.

Recuerde que puede acceder a información y solicitar servicios si visita [www.bwc.ohio.gov](http://www.bwc.ohio.gov).

La BWC no procesará solicitudes incompletas. Debe completar todos los campos obligatorios (\*).

La BWC tampoco procesará solicitudes sin no abona el depósito no reembolsable de \$120 para la solicitud.

Información general: completada por todos los tipos de empleados	
*Nombre comercial legal de la compañía o nombre del propietario de la residencia	*Número federal de identificación del 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 en Ohio, proporcione su ubicación fuera del estado			
Dirección (No utilice un apartado postal)	Ciudad	Estado	Código postal
*Dirección postal: si es distinta de la ubicación principal (Ohio)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Ubicaciones adicionales en Ohio (adjunte hojas adicionales si es necesario)	
Dirección, ciudad, estado, código postal	Breve descripción de las operaciones

Información comercial (para su ubicación principal en Ohio)	
*Teléfono comercial: ¿Es un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Fax comercial
Correo electrónico comercial	Sitio web comercial

Información de contacto comercial (contactos principales para la comercialización)	
*Contacto N.º 1 (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo)	*Título/Tipo de contacto
*Teléfono: <input type="checkbox"/> Marcado directo o <input type="checkbox"/> celular	Correo electrónico
Contacto N.º 2 (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo)	Título/Tipo de contacto
*Teléfono: <input type="checkbox"/> Marcado directo o <input type="checkbox"/> celular	Correo electrónico

Cobertura de personal doméstico residencial	
<input type="checkbox"/> Personal doméstico residencial: se aplica a trabajadores de tiempo completo/parcial empleados dentro o fuera de su residencia privada. Marque el tipo de servicios domésticos que realizarán los empleados dentro de su residencia.	
<input type="checkbox"/> Mantenimiento doméstico interior y/o mantenimiento de patio/terreno exterior <input type="checkbox"/> Mejoras/Mantenimiento del hogar <input type="checkbox"/> Construcción (nueva/agregados/techo) en su casa.	
Cálculo de nómina de 12 meses _____	

Información sobre la entidad comercial		
*Marque abajo el único tipo de entidad comercial que corresponde a su situación.		
<input type="checkbox"/> Empresa unipersonal	<input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como empresa unipersonal	<input type="checkbox"/> Compañía agraria familiar
<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como asociación	<input type="checkbox"/> Sociedad
<input type="checkbox"/> Sociedad limitada	<input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como compañía	<input type="checkbox"/> Entidad gubernamental estatal/local
<input type="checkbox"/> Compañía	<input type="checkbox"/> Individuo inscrito como sociedad	
Fecha de inscripción	Número de escritura de constitución	Estado de inscripción

**Cobertura electiva**

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

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

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 sociedades agrarias familiares
- Ministro ordenado o asociado de una organización religiosa
- Individuo inscrito como sociedad (sin empleados)

Si los individuos de su empresa cumplen con los requisitos para la cobertura electiva, ingrese los nombres en la sección de información de propietarios/funcionarios/ministros. Si selecciona Sí para solicitar la cobertura electiva, comprenda que, al elegir la cobertura, reconoce que acepta los requisitos de informes de nómina mínimos descritos en las instrucciones del formulario U-3. Recuerde, si usted elige no tener cobertura y se lesiona en el trabajo, la BWC no le proporcionará cobertura y otros seguros no pueden cubrir su incapacidad o las facturas médicas relacionadas con el trabajo.

Coloque las iniciales para reconocer que usted ha leído y comprende los lineamientos de la cobertura electiva.

**Propietarios/funcionarios/ministros: Incluya los nombres de todos los propietarios y funcionarios. Si usted es una organización religiosa, solo debe proporcionar los nombres de los ministros para los que desea elegir la cobertura.**

*Nombre N.º 1 (Primer nombre, inicial del 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: <input type="checkbox"/> Particular o <input type="checkbox"/> Celular	Correo electrónico		
*Tareas			
*Para los individuos que califican, ¿desea elegir la cobertura? (consulte la sección de cobertura electiva)			
<input type="checkbox"/> Sí Deseo elegir la cobertura para mí. <input type="checkbox"/> NO Entiendo que la BWC no pagará los beneficios de mi lesión relacionada con el trabajo si no elijo la cobertura			
*Nombre N.º 2 (Primer nombre, inicial del 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: <input type="checkbox"/> Particular o <input type="checkbox"/> Celular	Correo electrónico		
*Tareas			
*Para los individuos que califican, ¿desea elegir la cobertura? (consulte la sección de cobertura electiva)			
<input type="checkbox"/> Sí Deseo elegir la cobertura para mí. <input type="checkbox"/> NO Entiendo que la BWC no pagará los beneficios de mi lesión relacionada con el trabajo si no elijo la cobertura			
*Nombre N.º 3 (Primer nombre, inicial del 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: <input type="checkbox"/> Particular o <input type="checkbox"/> Celular	Correo electrónico		
*Tareas			
*Para los individuos que califican, ¿desea elegir la cobertura? (consulte la sección de cobertura electiva)			
<input type="checkbox"/> Sí Deseo elegir la cobertura para mí. <input type="checkbox"/> NO Entiendo que la BWC no pagará los beneficios de mi lesión relacionada con el trabajo si no elijo la cobertura			
<b>% de titularidad total</b>			<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

## Descripción de las operaciones

\*Marque todos los tipos que se apliquen a sus operaciones en Ohio.

Agricultura	<input type="checkbox"/> Cereales	<input type="checkbox"/> Ganado	<input type="checkbox"/> Lácteos	<input type="checkbox"/> Vegetales	<input type="checkbox"/> Aves de corral	<input type="checkbox"/> Horticultura	<input type="checkbox"/> Bayas/Viñedo
Extracción	<input type="checkbox"/> Minería	<input type="checkbox"/> Petróleo o gas	<input type="checkbox"/> Cantera				
Fabricación	<input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, complete la sección de la solicitud donde debe describir su servicio o productos.						
Construcción	<input type="checkbox"/> Operaciones permanentes en el patio		<input type="checkbox"/> Residencial de tres pisos y menos		<input type="checkbox"/> Molduras interiores/Gabinetes		
	<input type="checkbox"/> Edificio para uso comercial, industrial y vivienda de más de tres pisos						
	<input type="checkbox"/> Otro (describa) _____						
Transporte	<input type="checkbox"/> Bienes propios	<input type="checkbox"/> Bienes no propios	<input type="checkbox"/> Terreno	<input type="checkbox"/> Transporte aéreo	<input type="checkbox"/> Transporte acuático	<input type="checkbox"/> Transporte interestatal	
	<input type="checkbox"/> Flete general	<input type="checkbox"/> Encomiendas	<input type="checkbox"/> Personas	<input type="checkbox"/> Electrodomésticos	<input type="checkbox"/> Muebles	<input type="checkbox"/> Petróleo	<input type="checkbox"/> Gas
	Distancia		<input type="checkbox"/> Local 200 millas o menos	<input type="checkbox"/> Más de 200 millas			
Servicios públicos	<input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, complete la sección de la solicitud donde debe describir su servicio o productos.						
Activ. comercial (comercialización)	<input type="checkbox"/> Mayorista: Ventas _____ %		<input type="checkbox"/> Minorista: Ventas _____ %		<input type="checkbox"/> Envasado		<input type="checkbox"/> Choferes/Reparto
	<input type="checkbox"/> Reparación		<input type="checkbox"/> Principales productos vendidos _____				
Servicio	<input type="checkbox"/> Casa de té o café (sin cocina)		<input type="checkbox"/> Bebidas ___ % de las ventas totales		<input type="checkbox"/> Alimentos ___ % de las ventas totales		
	<input type="checkbox"/> Restaurante – comidas rápidas		<input type="checkbox"/> Restaurante – servicio en espera (sin mostrador)		<input type="checkbox"/> Reparto		
	<input type="checkbox"/> Alcohol ___ % de recibos comparados con las ventas totales						
	<input type="checkbox"/> Almacenamiento para terceros		<input type="checkbox"/> Organización religiosa		<input type="checkbox"/> Limpieza de viviendas residenciales		<input type="checkbox"/> Limpieza de comercios
Activ. comercial/ Servicio de alto riesgo	<input type="checkbox"/> Limpieza de viviendas vacías		<input type="checkbox"/> Empleados de servicio doméstico que trabajan en su residencia		<input type="checkbox"/> Limpieza en altura desde banquetas, escaleras, etc.		
	<input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, complete la sección de la solicitud donde debe describir su servicio o productos.						
Trabajo de oficina/ Varios	<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Ventas externas	<input type="checkbox"/> Consultorio médico	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Agente de bienes raíces		
	<input type="checkbox"/> Administración de propiedades (sin conservación de la propiedad)		<input type="checkbox"/> Organización de empleados profesionales		<input type="checkbox"/> Agencia temporaria		

\*Describa sus servicios o productos, incluidos los métodos de sus operaciones. Incluya las materias primas y productos semielaborados utilizados (adjunte documentación adicional, si fuese necesario). Nota: Es importante que proporcione toda la información que sea posible para que la BWC determine adecuadamente su clasificación correcta.

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

\*Si no tiene una ubicación física principal en Ohio, proporcione una explicación para no tener una y el motivo por el que solicita cobertura en Ohio.

## Consideraciones fuera del estado

**Empleadores de Ohio:** ¿Tiene empleados que están bajo la supervisión de Ohio, pero trabajan dentro y fuera de Ohio, o trabajan temporariamente fuera de Ohio?  Sí  No En caso afirmativo, ¿están los empleados cubiertos por otra póliza de indemnización de los trabajadores, emitida por un estado diferente de Ohio?  Sí  No

\*En caso afirmativo, proporcione la siguiente información del seguro.

Nombre del asegurador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

**Empleadores fuera del estado:** ¿Tiene empleados regulares que residen en un estado diferente de Ohio y que realizarán trabajos en Ohio por un período temporario que no excede los 90 días?  Sí  No \* En caso afirmativo, proporcione la siguiente información del seguro.

Nombre del asegurador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

## Plan de pago en cuotas de la prima

Seleccione la opción de cuotas que utilizará para el próximo año de la póliza completa. Para los años de póliza parcial, que no comienzan el 1.º de julio, la BWC hará todo lo posible por coincidir con su selección.

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

**Nómina anual estimada por tipo de operación**

*Tipo de operación (mencione todos los tipos - anexe hojas adicionales si es necesario). Proporcione información estimativa para todos los empleados, incluso para los funcionarios de una compañía o sociedad de responsabilidad limitada	*Cantidad estimada de empleados.	*Total estimado de la nómina para los próximos doce meses.
<b>Personal administrativo de oficina</b> (Sin actividades fuera de la oficina, en ventas o servicio, sin servicio de mostrador o exposición a las operaciones de la fábrica);		
<b>Teletrabajador administrativo</b> (empleados de oficina que trabajan desde su residencia);		
<b>Vendedores viajeros</b> (sin manipulación, servicio o reparto);		
<b>Choferes</b> (camión o reparto).		
<b>Proporcione información estimada para cada empresa unipersonal, socio, individuo inscrito como sociedad, funcionario de corporación agrícola familiar o ministro que haya elegido la cobertura para sí mismo.</b>		
<b>Nombre N.º 1:</b>		
<b>Nombre N.º 2:</b>		
<b>Nombre N.º 3:</b>		

**Información sobre compra/fusión empresarial o compraventa y póliza asociada**

¿Ha habido otras pólizas de indemnización de los trabajadores de Ohio asociadas con esta operación o con cualquier otra operación afiliada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		*¿Alguno de los directores tienen cobertura de la indemnización de los trabajadores en esta o en otra operación; o han tenido cobertura de la indemnización de los trabajadores en alguna operación en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enumere los números de póliza _____		Nombre _____	
*¿Adquirió/Compró esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Nombre anterior de la empresa y número de póliza de la BWC _____	*Fecha en que adquirió/compró la empresa _____	*¿Adquirió/Compró <input type="checkbox"/> todo <input type="checkbox"/> o una parte de la empresa existente?
¿Adquirió/Compró esta empresa a un familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la relación _____	¿Se trató de una adquisición mediante acciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿mantuvo el número de identificación federal del empleador anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos empleados del empleador anterior contrató?	
Nombre de contacto del empleador anterior _____	Número de teléfono del empleador anterior _____	¿Tiene un contrato de compra asociado a esta transacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, la BWC puede solicitar una copia del contrato.	
¿Surgió la compra de la empresa debido a un proceso de quiebra o liquidación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____			
¿La empresa ha operado en forma ininterrumpida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____			
¿Adquirió/Compró los contratos o clientes del empleador anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____			
¿Continúa operando en el mismo lugar que el empleador anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____			
¿Llevará a cabo las actividades comerciales de la misma manera que el empleador anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____			
¿Adquirió/Compró alguna maquinaria o equipamiento del empleador anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____			

**Certificaciones – Firma obligatoria**

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

*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 tergiversar, 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 vigor hasta que la BWC reciba la solicitud y el depósito no reembolsable de \$120 para la solicitud. Además, la cobertura debe depender del recibo oportuno del pago de la primera cuota.

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 <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check	Payment amount	Date received	Initials
---------------	--------------	----------------	--	----------------	---------------	----------