

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? ¡La Agencia de Compensación al Trabajadores (Bureau of Workers' Compensation o BWC, por sus siglas en inglés) 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, usted puede acceder a la información y solicitar los servicios ingresando al sitio web de la BWC, [www.bwc.ohio.gov](http://www.bwc.ohio.gov).

**¡PARE!**

Si no tiene una póliza existente con BWC, complete la Solicitud de Cobertura de Compensación al trabajador de Ohio (U-3) en lugar de este formulario.

Todos los empleadores que tienen uno o más empleados deben tener cobertura de la compensación al trabajador. Esto es exigible por ley. Sin embargo, la ley de Ohio establece que la cobertura es electiva para los propietarios o ministros que se encuentren en una de las siguientes categorías: empresa unipersonal; asociación; sociedad de responsabilidad limitada que actúa como empresa de propietario único; sociedad de responsabilidad limitada que actúa como asociación; funcionarios de una Empresa de Granja familiar; individuo actuando como empresa incorporada; y ministros ordenados o asociados a una organización religiosa. Estas personas pueden obtener cobertura presentando este formulario. La cobertura electiva entra en vigencia en la fecha que la BWC recibe la solicitud y seguirá en vigencia hasta que se solicite cancelar la cobertura. Usted debe completar una solicitud adicional de cobertura electiva para cubrir a los propietarios o ministros que desee añadir en una fecha futura. Recuerde que, si decide no tener cobertura y se lesiona en el trabajo, la BWC no le proporcionará cobertura, puede que otros seguros no cubran la incapacidad laboral o las facturas médicas. Póngase en contacto con su compañía de seguros si tiene dudas.

### Requisitos para el informe de nómina

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

**Empresas de Propietario Único y compuestas por socios, incluyendo las sociedades de responsabilidad limitada que actúan como empresas de propietario único o asociación:** para todos los individuos que elijan la cobertura, los salarios reportables están sujetos a un mínimo y un máximo, para los cuales la BWC se basa en el salario promedio semanal estatal (SAWW) que calcula anualmente el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS). El ingreso reportable mínimo en la nómina será el 50% del SAWW. El ingreso máximo en la nómina reportable será el 150% 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 de propietario único o en el formulario 1065 Anexo K-1 para las asociaciones, incluyendo cualquier retiro.

**Oficial Corporativo de Granja Familiar:** En el caso de los funcionarios de una compañía de granja familiar que eligen la cobertura, los ingresos reportables están sujetos a un mínimo y un máximo, que BWC basa en el SAWW calculado anualmente por el ODJFS. El ingreso mínimo de la nómina a informar será el 50 % del SAWW. El ingreso máximo en la nómina a informar será el 150% del SAWW. Los funcionarios de una compañía que ganen entre los límites máximo y mínimo deben reportar sus salarios reales en el formulario W-2. Para las empresas de corporación tipo S, los funcionarios deben reportar 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 proporcionen cobertura a sus empleados activos a quienes se les paga. No obstante, BWC no considera a los ministros ordenados y ministros asociados como empleados para efectos de compensación al trabajador. Cuando la organización religiosa cubre a un ministro en su póliza, los ingresos reales deben ser informados y ellos no están sujetos al mínimo o al máximo. Los ministros que no tienen cobertura en la póliza de una organización religiosa pueden completar una solicitud de cobertura electiva como una empresa de propietario único. Los ministros que eligen la cobertura como empresas de propietario único están sujetos a los ingresos mínimos y máximos requeridos anteriormente descritos.

**Individuos Inscritos Como Corporación Sin Empleados:** En el caso de los individuos inscritos como compañía sin empleados que eligen la cobertura, los ingresos reportables están sujetos a un mínimo y un máximo, que BWC basa en el SAWW calculado anualmente por el ODJFS. El ingreso mínimo en los informes de nómina será del 50 por ciento del SAWW y el ingreso máximo en los informes de nómina será del 150 por ciento del SAWW. Los funcionarios de una compañía que ganen entre los límites máximos y mínimos deben reportar sus salarios reales en el formulario W-2. Para las corporaciones de tipo S, los funcionarios deben reportar los ingresos de acuerdo con los servicios que prestan. Esto puede incluir los ingresos en el formulario W-2, así como la totalidad o parte de los ingresos normales del Anexo K-1 hasta el máximo.

### Tipo de cobertura electiva

- Propietarios Únicos     
  Asociación     
  Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como empresa de propietario único     
  Sociedad de responsabilidad limitada que actúa como asociación     
  Oficial Corporativo de Granja Familiar  
 Ministros ordenados o asociados de una organización religiosa     
  Individuos Inscritos Como Corporación Sin Empleados

Nombre legal de la empresa		Número de póliza		
Nombre de comercialización o denominación comercial		Número federal de identificación de empleador o número de seguro social		
Dirección postal	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono		

**Sección A: Información de propietarios/ministros – Enumere a los propietarios/ministros que eligen cobertura.**  
**(Adjunte hojas adicionales si es necesario).**

**Nombre N.º 1:**

Dirección residencial

Ciudad Estado Código postal

Número de seguro social Cargo Fecha de nacimiento

Tareas

**Nombre N.º 2:**

Dirección residencial

Ciudad Estado Código postal

Número de seguro social Cargo Fecha de nacimiento

Tareas

**Nombre N.º 3:**

Dirección residencial

Ciudad Estado Código postal

Número de seguro social Cargo Fecha de nacimiento

Tareas

**Nombre N.º 4:**

Dirección residencial

Ciudad Estado Código postal

Número de seguro social Cargo Fecha de nacimiento

Tareas

## Sección B: Petición para cancelar una cobertura electiva

Si la cobertura electiva ya no es necesaria para una o más personas que reúnen los requisitos, cancele la cobertura electiva para la persona indicada a continuación. Para solicitar la anulación de la cobertura electiva en la fecha en la cual originalmente entró en vigencia, BWC debe recibir dicha solicitud dentro de los 45 días **después de** la fecha de la primera factura en la cual la cobertura electiva **se** incluyó en la prima estimada.

Nombre

Fecha de entrada en vigencia de la cancelación

Tras la cancelación de la cobertura electiva, BWC NO pagará las prestaciones por lesiones relacionadas con el trabajo. Debe reportar los ingresos de la cobertura electiva y pagar hasta la fecha de finalización de la misma. Si decide elegir cobertura para una persona que reúna los requisitos en el futuro, deberá completar y presentar un U-3S. Puede obtener esta solicitud en el sitio-web de BWC, [www.bwc.ohio.gov](http://www.bwc.ohio.gov), o llamando al 1-800-644-6292.

## Certificación - Firma obligatoria

*Certifico, mediante mi firma, que tengo la autoridad para completar este documento y que los hechos descritos en esta solicitud son verdaderos y correctos, según mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier persona que no garantice ni conserve la cobertura de **Compensación al Trabajador** ni pague todas las primas correspondientes de conformidad con las leyes de Ohio, o que tergiversar, ocultar hechos, o realice declaraciones falsas para obtener la cobertura puede estar sujeto a sanciones civiles, penales o administrativas.*

Nombre en letra de imprenta

Firma y cargo

Fecha

**ADVERTENCIA: no se procesarán las solicitudes incompletas.**

**Este retraso repercutirá en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura electiva o en la fecha de cancelación.**

Envíe el formulario completo a:  
Ohio Bureau of Workers' Compensation  
Departamento de Procesamiento de Pólizas  
22nd Floor  
30 W. Spring St.  
Columbus, OH 43215-2256

Solicite o cancele la cobertura complementaria  
en línea en:

[www.bwc.ohio.gov](http://www.bwc.ohio.gov)

Para uso interno  
de BWC

Policy number

Effective date

Date received

Initials

Manual class number(s)