



Si no presenta las declaraciones de ganancias, esto puede retrasar o afectar de forma negativa las tarifas de indemnización.

Tenga en cuenta: Si informa el ingreso a la BWC para establecer sus sueldos, pero no ha informado el ingreso al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) como salario, la BWC puede notificar al IRS acerca de la discrepancia (p. ej., ingreso por renta, ganancias de corporación "S" y ganancias por sociedad).

Antecedentes de empleo

Si usted estuvo empleado con más de un empleador durante las 52 semanas previas a la fecha de la lesión o la fecha de la incapacidad en un reclamo por enfermedad laboral:

- Mencione el nombre, la dirección y el número de teléfono de cada empleador en la **Declaración de ganancias del trabajador lesionado** (Wages- IW). Si fue empleado autónomo durante dicho período, debe mencionarse usted mismo como empleador;
- Mencione las fechas de empleo para cada empleador listado. También debe informar si está trabajando para cualquiera empleador que no sea el empleador que figura en este reclamo.

Si algún empleador que no sea el que se registra en este reclamo lo empleó durante las 52 semanas previas a la fecha de la lesión o de la enfermedad laboral, debe proporcionar información sobre las ganancias relacionadas con ese empleo. Puede presentar las ganancias proporcionando copias de los recibos de pago, un informe del empleador que incluya la información solicitada según se describe a continuación o pidiéndole al empleador que complete un **Informe del empleador sobre las ganancias del empleado** (Wages-EMP).

La información presentada debe incluir:

- Las ganancias que comienzan en el período de pago completo que finalizó antes de la fecha de la lesión o la fecha de la incapacidad de una enfermedad laboral;
- Solo las ganancias previas a la fecha de la lesión o la fecha de la incapacidad de una enfermedad laboral;
- La frecuencia de pago (es decir, semanal, cada dos semanas, bimestral, mensual, trimestral, anual, otra);
- Las fechas de comienzo y finalización del período de pago, no la fecha en que el pago se emitió.
- Cualquier **viático** por comida, alojamiento, uniformes, propina, etc. que reciba, además de su salario habitual, incluido el monto recibido y el tipo de pago. No informe los **reembolsos** que le hicieron por comida, alojamiento, uniformes, viajes, etc. La BWC no los considera ganancias para calcular los salarios;
- Cualquier bono o pago de suma única recibido durante el período que informa. Incluya el monto del pago, el tipo de pago y el período de tiempo durante el que los obtuvo.

Si no cuenta con los comprobantes de las ganancias detalladas, como las copias de los recibos de pago o los comprobantes del salario, puede proporcionar otra documentación, como los formularios de informe W-2, 1099 y del Seguro Social. Si envía el formulario 1099, también debe enviar la evidencia de respaldo de los gastos relacionados con las ganancias o presentar el documento Wages-IW o una declaración equivalente que indique que no hubo gastos relacionados con las ganancias. La BWC asumirá que las ganancias presentadas en un formulario de informe W-2, del Seguro Social o 1099 se obtuvieron durante todo el año, salvo que lo señale en forma específica.

Empleo autónomo

Si usted fue empleado autónomo durante las 52 semanas previas a la fecha de la lesión o la fecha de la incapacidad en un reclamo por una enfermedad laboral, debe presentar:

- Los formularios completos y firmados del impuesto sobre la renta (1040 con el Anexo C) para el año previo a la fecha de la lesión y, si está disponible, el año en que la lesión ocurrió. El formulario 1040 debe incluir la página donde usted firmó. Solo puede usar una declaración de impuesto conjunta como prueba de las ganancias cuando puede diferenciar sus ganancias de los ingresos de su cónyuge. Si presenta una declaración conjunta, escriba el número del Seguro Social de cualquier otra persona que figure que no sea usted; o
- Los informes trimestrales completados que haya presentado ante el IRS o declaraciones de ganancias y pérdidas elaborados por un contador para el año en que ocurrió la lesión; o
- Un documento Wages- EMP firmado.

Períodos sin ganancias

Si usted no estuvo empleado por ciertos períodos durante las 52 semanas previas a la fecha de la lesión o de la incapacidad en un reclamo por una enfermedad laboral, complete y firme el documento Wages-IW.



Nombre del trabajador lesionado	Fecha de la lesión	Número de reclamo
Dirección	Ciudad/Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Número de contacto preferido	<input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono particular

Mencione a continuación el nombre, la dirección y las fechas de empleo para **todos los empleadores con los que estuvo empleado durante las 52 semanas previas a la fecha de la lesión o la fecha de la incapacidad en un reclamo por una enfermedad laboral**. Si corresponde, incluya la información como empleado autónomo. Adjunte una hoja adicional o utilice múltiples copias, si fuera necesario. **Debe presentar evidencia de las ganancias reales de estos períodos de empleo ante la BWC. Consulte las instrucciones para obtener más detalles.**

Nombre del empleador	Dirección (incluya la ciudad, el estado y el código postal)	Número de teléfono (incluya el código de área)	Fechas de empleo Fecha de comienzo	Fecha de finalización

Con su autorización, la BWC puede **clarificar la información sobre las ganancias que usted presentó de los empleadores que no son el empleador registrado** en este reclamo (marque una de las opciones de abajo).

- La BWC puede ponerse en contacto con los empleadores mencionados para obtener clarificación respecto de la información sobre las ganancias que he presentado. También otorgo permiso para que los empleadores mencionados divulguen la información sobre las ganancias relevante a mi reclamo de indemnización de los trabajadores. Comprendo que estoy autorizando que se divulgue esta información a las siguientes entidades: la Oficina de Indemnización de los Trabajadores de Ohio (Ohio Bureau of Workers' Compensation, BWC) o la Comisión Industrial de Ohio (Industrial Commission of Ohio). Entiendo que esta información se divulga a las entidades mencionadas para que se use para administrar mi reclamo de indemnización de los trabajadores.
- La BWC quizá no se ponga en contacto con los empleadores mencionados para obtener clarificación respecto de la información sobre las ganancias que he presentado.

Si está presentando un formulario 1099 (elijá una)

- He adjuntado la evidencia de respaldo de los gastos a este formulario relacionado con las ganancias.
- Reconozco que no hubo gastos relacionados con las ganancias incluidas en el formulario 1099.

Si corresponde, mencione el(los) período(s) durante las 52 semanas previas a la fecha de su lesión o la fecha de la incapacidad en un reclamo por una enfermedad laboral en que usted no trabajó. Para cada período mencionado, debe incluir el motivo por el que no estuvo empleado e indique si buscó o no empleo durante dicho tiempo. La BWC puede solicitarle que proporcione evidencia para respaldar el motivo para el desempleo o de sus esfuerzos por buscar un trabajo.

Fechas de desempleo		Motivo para el desempleo	¿Buscó empleo en este período? (Circule una)
Fecha de comienzo	Fecha de finalización		
			Sí No
			Sí No
			Sí No

Comentarios u otra información

- Comprendo que cualquier persona que deliberadamente haga una declaración falsa o engañosa, oculte hechos o cometa un acto fraudulento para obtener el pago en virtud de la BWC, o la persona que deliberadamente acepte un pago al que no tiene derecho, queda sujeta a un proceso judicial penal y puede, de conformidad con las disposiciones delictivas correspondientes, ser castigada con una multa, prisión o ambas.
- Yo, el trabajador lesionado que figura arriba, también entiendo que solicito a la BWC que calcule o recalculé el salario semanal completo y/o promedio y que ajuste la indemnización previamente pagada de conformidad con el Código Revisado 4123.52.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Envíe el formulario completo por fax al 1-866-336-8352 o envíelo a la oficina de servicio al cliente de la BWC a la que se designó el reclamo.

