

La falta de presentación de las declaraciones de ingresos puede retrasar o afectar negativamente las tarifas de indemnización.

Tenga en cuenta: si informa ingresos a la BWC para fijar su salario, pero no ha informado los ingresos al Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) como salario, la BWC puede notificar al IRS acerca de la discrepancia (por ejemplo, ingresos por alquiler, ganancias de Corporación-S y utilidades de sociedades).

Antecedentes de empleo

Si trabajó para más de un empleador durante las 52 semanas anteriores a la fecha de su lesión o a la fecha de su incapacidad en un reclamo por enfermedad laboral:

- Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de cada empleador en la **Declaración jurada de ingresos del trabajador lesionado** (Wages-IW). Si trabajó por cuenta propia durante este período, debe incluirse como empleador;
- Incluya las fechas de empleo de cada empleador de la lista. También debe informar si está trabajando para otro empleador que no sea el empleador involucrado en el presente reclamo.

Si alguien que no sea el empleador de este reclamo lo contrató durante las 52 semanas anteriores a la fecha de la lesión o enfermedad laboral, debe proporcionar información sobre los ingresos relacionados con ese empleo. Puede presentar sus ingresos mediante copias de los talones de pago, un informe del empleador que incluya la información requerida, tal como se describe a continuación, o solicitar al empleador que complete un **Informe del empleador sobre los ingresos del empleado** (Wages-EMP).

La información presentada debe incluir:

- Los ingresos obtenidos a partir del período completo de pago que finalizó antes de la fecha de la lesión o de la fecha de la incapacidad por enfermedad laboral.
- Solo los ingresos anteriores a la fecha de la lesión o de la incapacidad por enfermedad laboral.
- La frecuencia de pago (es decir, semanal, dos veces por semana, quincenal, mensual, trimestral, anual, otros);
- Las fechas de inicio y finalización del período de pago, no la fecha en que se emitió el pago.
- Cualquier **asignación** para comidas, alojamiento, uniformes, propinas, etc. que haya recibido además de su salario habitual, incluido el monto recibido y el tipo de pago. No informe acerca de los **reembolsos** obtenidos por comidas, alojamiento, uniformes, viajes, etc. La BWC no considera los ingresos de reembolsos a los efectos de calcular los salarios.
- Cualquier bonificación o pago único que haya recibido durante el período del informe. Incluya el monto del pago, el tipo de pago y el período por el cual lo obtuvo.

Si no se dispone de ganancias detalladas, como copias de talones de pago o declaraciones de salario, puede proporcionar otra documentación como los formularios W-2, los 1099 o los informes de Seguridad Social. Si presenta el formulario 1099, también debe presentar pruebas de los gastos relacionados con los ingresos, o presentar el formulario Wages-IW o una declaración equivalente que indique que no hubo gastos relacionados con los ingresos. La BWC asumirá que los ingresos presentados en el formulario W-2, en el informe de Seguridad Social o en el formulario 1099 se obtuvieron durante todo el año, a menos que se especifique de otro modo.

Trabajo por cuenta propia

Si trabajó por su cuenta durante las 52 semanas anteriores a la fecha de su lesión o a la fecha de su incapacidad en un reclamo por enfermedad laboral, debe presentar lo siguiente:

- Los formularios de impuesto a la renta completados y firmados (1040 con el Anexo C) correspondientes al año anterior a la fecha de la lesión y, si están disponibles, los formularios del año en que ocurrió la lesión. El formulario 1040 debe incluir la página que contiene su firma. Solo puede usar una declaración de impuestos conjunta como prueba de los ingresos cuando puede distinguirlos de los ingresos de su cónyuge. Si presenta una declaración conjunta de impuestos, incluya el número de Seguridad Social de todas las personas aparte de usted o,
- Informes trimestrales completados que haya presentado al IRS o declaraciones de ganancias y pérdidas de un contador correspondientes al año de la lesión o,
- Un formulario Wages-EMP firmado.

Períodos sin ingresos

Si usted no estuvo empleado por ciertos períodos de tiempo 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 formulario 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"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa

Enumere a continuación el nombre, la dirección y las fechas de empleo **de todos aquellos que lo contrataron durante las 52 semanas anteriores a la fecha de la lesión o de la incapacidad en un reclamo por enfermedad laboral**. Si corresponde, incluya información de empleo por cuenta propia. Adjunte una hoja adicional o use copias múltiples de este formulario, si fuera necesario. **Debe presentar pruebas de los ingresos reales de estos períodos de empleo a la BWC. Consulte las instrucciones para obtener más detalles.**

Nombre del empleador	Dirección (incluyendo la ciudad, el estado y el código postal)	Número de teléfono (incluido el código de área)	Fechas de los empleos Fecha de inicio	Fecha de finalización

Con su autorización, la BWC puede **esclarecer con sus empleadores la información de ingresos que presenta, mientras no sea el empleador registrado** en este reclamo (marque una de las opciones que se muestran a continuación).

- La BWC puede comunicarse con los empleadores señalados anteriormente para solicitar aclaraciones de la información de ingresos que he presentado. También autorizo a los empleadores mencionados anteriormente a divulgar la información de ingresos relevante para mi reclamo de compensación de los trabajadores.
Entiendo que autorizo la divulgación de esta información a: Ohio Bureau of Workers' Compensation (BWC) o a la Comisión Industrial de Ohio (Industrial Commission of Ohio). Comprendo que la información se divulgará a las entidades antes mencionadas para el uso y gestión de mi reclamo de compensación de los trabajadores.
- La BWC no podrá comunicarse con los empleadores señalados anteriormente para obtener aclaraciones de la información de ingresos que he presentado.

Si presenta el formulario 1099 (seleccione una opción)

- Junto con este formulario de ingresos adjunté pruebas de gastos.
- Reconozco que no hubo gastos relacionados con los ingresos declarados en el formulario 1099.

Si corresponde, indique el(los) período(s) durante las 52 semanas previas a la fecha de su lesión o de la incapacidad en un reclamo por una enfermedad laboral en los que no trabajó. Para cada período enumerado debe incluir el motivo por el cual no estaba empleado e indicar si buscó o no un empleo durante ese período. Es posible que la BWC le solicite que proporcione pruebas que respalden el motivo del desempleo o los esfuerzos de búsqueda de empleo.

Fechas de desempleo		Motivo del desempleo	¿Buscó empleo durante este período? (encierre en un círculo una opción)	
Fecha de inicio	Fecha de finalización			
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No

Comentarios o información adicional

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

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

Envíe el formulario completado por fax al 1-866-336-8352 o envíelo a la oficina de servicios de la BWC donde fue asignado su reclamo.