



**Division of Workers'
Compensation**

PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

Notificación de empleador no suscriptor a la División de Compensación para Trabajadores

Para obtener asistencia en español, llame a la División al 800-252-7031.

Si desea presentar su formulario en línea usando su teléfono inteligente, tableta, computadora o para subir un archivo XML, visite www.tdi.texas.gov/wc/forms/onlinefiling.html

Parte 1. Información sobre la compañía matriz o ubicación única del negocio

1. Nombre del negocio	2. No. de identificación federal del empleador (FEIN)
3. Dirección postal (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	4. Código del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (NAICS.com) (tipo de negocio)
5. Nombre del contacto (nombre, apellido)	6. Número de teléfono del contacto
7. Correo electrónico del contacto	8. Fecha en que se completó (mm/dd/aaaa)
9. Fechas de vigencia (el intervalo de las fechas no puede ser más de un año) Vigente de (mm/dd/aaaa) a (mm/dd/aaaa)	
10. Razón por la que se presenta el formulario ☐ a. Presentación anual del formulario, entre el 1º de febrero y el 30 de abril de cada año. (requerido para todos los empleadores no suscriptores) ☐ b. El negocio canceló la cobertura de compensación para trabajadores y se convirtió en no suscriptor: Número de la póliza La póliza terminó en (mm/dd/aaaa) Compañía de seguros El asegurado informó sobre la cancelación en (mm/dd/aaaa) Los empleados fueron (o serán) notificados en (mm/dd/aaaa) ☐ c. El negocio cerró en (mm/dd/aaaa) y ya no enviarán notificaciones al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés). ☐ d. Cualquier otro cambio hecho al negocio desde la última notificación a DWC, tal como agregar o eliminar ubicaciones y cambios de nombre y de dirección del negocio.	

11. Ubicaciones del negocio

Utilice la página **Otras ubicaciones del negocio** al final de este formulario para enumerar todas las ubicaciones y subsidiarias del empleador mencionado en el artículo 1 en la parte de arriba que no están cubiertas por una póliza de seguro de compensación para trabajadores.

Parte 2. Cumplimiento de requisitos para los empleadores no suscriptores

Al presentar este formulario ante DWC, el empleador no suscriptor afirma que no cuenta con cobertura de compensación para trabajadores y que:

- Presentará las notificaciones de no suscriptor entre el 1º de febrero y el 30 de abril de cada año calendario.
- Notificará a los empleados nuevos y existentes que no se tiene una cobertura de compensación para trabajadores o sobre la cancelación de la cobertura:
 - Proporcionando una notificación por escrito de no cobertura a los nuevos empleados.
 - Proporcionando una notificación por escrito de que la cobertura fue cancelada, incluyendo la fecha de cancelación.
 - Poniendo a la vista una notificación por escrito en las áreas de trabajo de los empleados en inglés, español y cualquier otro idioma que sea apropiado a través del uso del Aviso 5.
 - Colocando la notificación en un lugar donde los empleados puedan verla con regularidad.
- Reportará mensualmente las lesiones o enfermedades **relacionadas con el trabajo** utilizando el Formulario DWC-007S, *Reporte del empleador para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo de los empleados sin cobertura*, si el empleador tiene cinco o más empleados y (1) usted tiene conocimiento de una enfermedad relacionada con el trabajo, o (2) usted tiene conocimiento de una lesión relacionada con el trabajo que:
 - Causó que el empleado perdiera uno o más días de trabajo.
 - Resultó en una muerte.

Nota: Obtenga los formularios y avisos para los empleados en www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html.

12. Firma del contacto (nombre, apellido)

13. Título del contacto

Preguntas Frecuentes

Notificación de empleador no suscriptor a la División de Compensación para Trabajadores

¿Qué significa ser no suscriptor?

El ser no suscriptor significa un empleador de Texas que no cuenta con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores o que ha cancelado su cobertura de compensación para trabajadores y tiene uno o más empleados.

¿Quién debe de presentar el Formulario DWC-005S, *Notificación del empleador no suscriptor a la División de Compensación para Trabajadores* (Formulario DWC-005S)?

Este formulario debe de presentarse si usted es no suscriptor y tiene uno o más empleados que no están exentos de la cobertura de compensación para trabajadores. Sin embargo, si sus empleados están exentos de la cobertura (por ejemplo, ciertos trabajadores domésticos y ciertos trabajadores de granjas y ranchos), no es necesario que presente el formulario.

¿A dónde envió este formulario?

- En línea: tdi.texas.gov/wc/nonsubscribers.html
- Por correo electrónico: coverage.verification@tdi.texas.gov
- Por fax: 512-804-4146
- [Establezca un perfil en TXCOMP y suba los documentos.](#)

¿Cuándo debo de presentar el Formulario DWC-005S?

- Dentro de 30 días, a partir de la fecha en la que usted contrata a su primer empleado.
- Dentro de 10 días, a partir de la fecha en la que se cancela su cobertura de compensación para trabajadores.
- Dentro de 10 días, a partir de la fecha en la que DWC le solicita que lo presente.
- Entre el 1º de febrero y el 30 de abril de cada año calendario.

Ya presenté un Formulario DWC-005S. ¿Tengo que presentar otro?

Sí. Presente un nuevo Formulario DWC-005S entre el 1º de febrero y el 30 de abril de cada año calendario.

¿Qué es un código de NAICS?

El Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (North American Industry Classification System –NAICS, por su nombre y siglas en inglés) es un código numérico que describe a un negocio. Para encontrar su código de NAICS, visite www.naics.com/search/, ingrese una palabra clave para describir su negocio y seleccione el código apropiado.

¿Cómo puedo cambiar las ubicaciones que ya reporté en mi Formulario DWC-005S?

Para agregar, eliminar o actualizar una o más ubicaciones del negocio, complete un nuevo Formulario DWC-005S.

¿Son opcionales algunos de los campos en el formulario?

No. Usted debe de completar todos los campos en el formulario.

¿Es requerido que la aseguradora de compensación para trabajadores también envíe un reporte a DWC cuando yo cancele mi cobertura con ellos?

Sí. La aseguradora debe de presentar una notificación ante DWC en el transcurso de 10 días. Código Administrativo de Texas (Texas Administrative Code, por su nombre en inglés) §110.1

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- Estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- Recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- Solicitar que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.

Otras ubicaciones del negocio

Utilice más páginas según sea necesario.

Marque uno: ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cambiar	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Nombre del negocio
	FEIN	Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
Marque uno: ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cambiar	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Nombre del negocio
	FEIN	Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
Marque uno: ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cambiar	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Nombre del negocio
	FEIN	Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
Marque uno: ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cambiar	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Nombre del negocio
	FEIN	Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
Marque uno: ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cambiar	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Nombre del negocio
	FEIN	Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
Marque uno: ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cambiar	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Nombre del negocio
	FEIN	Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
Marque uno: ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cambiar	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Nombre del negocio
	FEIN	Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
Marque uno: ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cambiar	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Nombre del negocio
	FEIN	Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)