

PLANILLA PARA LA DECLARACION TRIMESTRAL DEL PATRONO DE EMPLEADOS DOMESTICOS
 Para las Contribuciones al Seguro Social y al Seguro Medicare

Nombre, dirección, número de identificación patronal y trimestre calendario. (Si hay algún error, haga la corrección necesaria.)

Nombre Fecha en que terminó el trimestre

Dirección y código postal "ZIP" Número de identificación patronal

Si su dirección no es la misma que apareció en su planilla anterior, marque este encasillado.

PARA USO DEL IRS SOLAMENTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |

Están sujetos a la contribución al seguro social y a la contribución al seguro Medicare los salarios de cada empleado doméstico a quien usted pagó \$1,000 ó más en efectivo en el año correspondiente a esta planilla. Para obtener información sobre la Ley Federal de Contribución para el Desempleo (FUTA), vea la página 2 de las instrucciones.

Si no está obligado a pagar sueldos sujetos a la contribución en el futuro, marque este encasillado.

| | | | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | Total de salarios pagados en efectivo sujetos a la contribución al seguro social (vea las instrucciones en la página 2) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | Contribución al seguro social (multiplique la línea 1 por el 12.40% (.1240)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | Total de salarios pagados en efectivo sujetos a la contribución al seguro Medicare (vea las instrucciones en la página 2) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | Contribución al seguro Medicare (multiplique la línea 3 por el 2.90% (.0290)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | Contribuciones totales adeudadas (sume las líneas 2 y 4). Pague al <i>Internal Revenue Service</i> . Anote la cantidad de la línea 5 del Anexo para Ajustar las Contribuciones de Empleados Domésticos | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

▶ \$ _____

Si usted no debe contribución, escriba "Ninguna", arriba ▲
Importante: Usted DEBE entregar una Forma 499 R-2/W-2PR a cada empleado-vea las instrucciones. Envíe la Forma 942-PR y el pago al **U.S. Internal Revenue Service Center**, Philadelphia, PA 19255-0016.

Bajo pena de perjurio, afirmo que he examinado lo declarado en esta planilla, incluyendo todos los anexos y declaraciones adjuntos, y que, a mi mejor saber y entender, es verídico, correcto y completo.

Firma del Patrono Fecha

Sírvase firmar y fechar la planilla. Además, en su cheque o giro escriba: su número de identificación patronal, "942-PR" y el período contributivo al que corresponde el pago (por ejemplo, "primer trimestre de 1994").

Anexo para Ajustar las Contribuciones de Empleados Domésticos

Complete la línea 1 para cada empleado al cual usted le pagó la contribución al seguro social y al Medicare en cualquiera de los primeros tres trimestres de 1994, **pero no incluya a los empleados a los cuales usted pagó sueldos ascendentes a \$1,000 ó más durante 1994.**

(Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.)

| 1 | (a) Nombre y número de seguro social del empleado doméstico | (b) Total de sueldos de 1994 sujetos al seguro social (bloque 18 de la Forma 499 R-2/W-2PR) | (c) Trimestre en que se pagaron los sueldos | Sueldos por los cuales usted reclama— (complete sólo una columna por empleado) | | | |
|---|--|--|--|---|------|----------------------------------|-------|
| | | | | (d) AMBAS partes, la del patrono y del empleado (se requiere una autorización por escrito del empleado por las cantidades retenidas pero no reembolsadas al empleado) | | (e) SÓLO la parte del patrono | |
| | - - | \$ | 1er trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 2do trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 3er trimestre | \$ | | \$ | |
| | - - | \$ | 1er trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 2do trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 3er trimestre | \$ | | \$ | |
| | - - | \$ | 1er trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 2do trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 3er trimestre | \$ | | \$ | |
| 2 | Totales | | 2 | \$ | | \$ | |
| 3 | Tasa contributiva | | 3 | × | .153 | × | .0765 |
| 4 | Multiplique la línea 2 por la línea 3 | | 4 | \$ | | \$ | |
| 5 | Ajuste total a la contribución al seguro social y al Medicare. Sume las columnas (d) y (e) de la línea 4 y anote el total aquí | | 5 | \$ | | \$ | |
| 6 | Cantidad incluida en la línea 5 que fue reclamada como crédito en la Forma 942-PR | | 6 | \$ | | \$ | |
| 7 | Reste la línea 6 de la línea 5 y anote el resultado aquí. También, anote esta cantidad en la línea 2 de la Forma 843-PR. | | 7 | \$ | | \$ | |

Certificación del Patrono

Certifico que por cada empleado por el cual he hecho una anotación en la **columna (d)**: (1) No le he retenido las contribuciones al seguro social y al Medicare correspondiente a la paga del empleado, (2) Le he devuelto al empleado la parte correspondiente de las contribuciones al seguro social y al Medicare retenidas de su paga, o (3) He obtenido una autorización escrita del empleado para reclamar a nombre de éste un reembolso de las contribuciones al seguro social y al Medicare retenidas al empleado. Certifico también, que por cada empleado a quien se le ha hecho una anotación en la **columna (e)**, el empleado no proveyó autorización escrita o me fue imposible localizar al empleado.

SU COPIA

Nombre Fecha en que terminó el trimestre

Dirección Número de identificación patronal

Importante:

Retenga esta copia y una copia de cada anexo o documento relacionado con ella.
 Antes de radicar la planilla, asegúrese de anotar en esta copia su nombre, dirección, número de identificación patronal y el trimestre al que corresponde.
 Envíe el cheque o giro a la orden del "Internal Revenue Service".

Están sujetos a la contribución al seguro social y a la contribución al seguro Medicare los salarios de cada empleado doméstico a quien usted pagó \$1,000 ó más en efectivo en el año correspondiente a esta planilla. Para obtener información sobre la Ley Federal de Contribución para el Desempleo (FUTA), vea la página 2 de las instrucciones.

Si no está obligado a pagar sueldos sujetos a la contribución en el futuro, marque este encasillado.

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| 1 | Total de salarios pagados en efectivo sujetos a la contribución al seguro social (vea las instrucciones en la página 2) | 1 | | | | |
| 2 | Contribución al seguro social (multiplique la línea 1 por el 12.40% (.1240)) | | | 2 | | |
| 3 | Total de salarios pagados en efectivo sujetos a la contribución al seguro Medicare (vea las instrucciones en la página 2) | 3 | | | | |
| 4 | Contribución al seguro Medicare (multiplique la línea 3 por el 2.90% (.0290)) | | | 4 | | |
| 5 | Contribuciones totales adeudadas (sume las líneas 2 y 4). Pague al <i>Internal Revenue Service</i> . Anote la cantidad de la línea 5 del Anexo para Ajustar las Contribuciones de Empleados Domésticos ▶ \$ _____ | | | 5 | | |

Si usted no debe contribución, escriba "Ninguna", arriba ▲
Importante: Usted DEBE entregar una Forma 499 R-2/W-2PR a cada empleado-vea las instrucciones. Envíe la Forma 942-PR y el pago al **U.S. Internal Revenue Service Center**, Philadelphia, PA 19255-0016.

INFORMACION OPCIONAL SOBRE CADA EMPLEADO

Los encasillados a continuación le serán útiles en la preparación de la Forma 499 R-2/W-2PR de sus empleados. Si tiene más de dos empleados, usted puede llevar un registro similar para todos los demás empleados. **Nota:** Los números de los encasillados que aparecen en paréntesis corresponden a los encasillados de la Forma 499 R-2/W-2PR. Guárdelos para sus récords.

| Número de seguro social del empleado (encasillado 3) | | | Nombre del empleado tal como aparece en su tarjeta de seguro social y su dirección y código postal "ZIP" (encasillado 1) | Contribución al seguro social del empleado (encasillado 19) | Salarios sujetos a la contribución al seguro social (encasillado 18) | Contribución al seguro Medicare del empleado (encasillado 21) | Salarios y propinas sujetos a la contribución al seguro Medicare (encasillado 20) |
|--|----|------|--|---|--|---|---|
| 000 | 00 | 0000 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total de pagos de salarios en efectivo ▶ | | | | | | | |

Anexo para Ajustar las Contribuciones de Empleados Domésticos

Complete la línea 1 para cada empleado al cual usted le pagó la contribución al seguro social y al Medicare en cualquiera de los primeros tres trimestres de 1994, **pero no incluya a los empleados a los cuales usted pagó sueldos ascendentes a \$1,000 ó más durante 1994.**

(Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.)

| 1 | (a) Nombre y número de seguro social del empleado doméstico | (b) Total de sueldos de 1994 sujetos al seguro social (bloque 18 de la Forma 499 R-2/W-2PR) | (c) Trimestre en que se pagaron los sueldos | Sueldos por los cuales usted reclama— (complete sólo una columna por empleado) | | | |
|---|--|--|--|---|------|----------------------------------|-------|
| | | | | (d) AMBAS partes, la del patrono y del empleado (se requiere una autorización por escrito del empleado por las cantidades retenidas pero no reembolsadas al empleado) | | (e) SÓLO la parte del patrono | |
| | - - | \$ | 1er trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 2do trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 3er trimestre | \$ | | \$ | |
| | - - | \$ | 1er trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 2do trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 3er trimestre | \$ | | \$ | |
| | - - | \$ | 1er trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 2do trimestre | \$ | | \$ | |
| | | | 3er trimestre | \$ | | \$ | |
| 2 | Totales | | 2 | \$ | | \$ | |
| 3 | Tasa contributiva | | 3 | × | .153 | × | .0765 |
| 4 | Multiplique la línea 2 por la línea 3 | | 4 | \$ | | \$ | |
| 5 | Ajuste total a la contribución al seguro social y al Medicare. Sume las columnas (d) y (e) de la línea 4 y anote el total aquí | | 5 | \$ | | \$ | |
| 6 | Cantidad incluida en la línea 5 que fue reclamada como crédito en la Forma 942-PR | | 6 | \$ | | \$ | |
| 7 | Reste la línea 6 de la línea 5 y anote el resultado aquí. También, anote esta cantidad en la línea 2 de la Forma 843-PR. | | 7 | \$ | | \$ | |

Certificación del Patrono

Certifico que por cada empleado por el cual he hecho una anotación en la **columna (d)**: (1) No le he retenido las contribuciones al seguro social y al Medicare correspondiente a la paga del empleado, (2) Le he devuelto al empleado la parte correspondiente de las contribuciones al seguro social y al Medicare retenidas de su paga, o (3) He obtenido una autorización escrita del empleado para reclamar a nombre de éste un reembolso de las contribuciones al seguro social y al Medicare retenidas al empleado. Certifico también, que por cada empleado a quien se le ha hecho una anotación en la **columna (e)**, el empleado no proveyó autorización escrita o me fue imposible localizar al empleado.