

Anexo para Ajustar las Contribuciones de Empleados Domésticos

Complete la línea 1 para cada empleado doméstico 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.