

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" value="1"/>	<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" value="2"/>	<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" value="3"/>	<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" value="4"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Contribuciones totales adeudadas (sume las líneas 2 y 4). Pague al Internal Revenue Service. Anote la cantidad de la línea 5 del Anexo para Ajustar las Contribuciones de Empleados Domésticos	<input type="text" value="5"/>	<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.