

**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 (suma 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)<br>Nombre y número de seguro social del empleado doméstico   | (b)<br>Total de sueldos de 1994 sujetos al seguro social (bloque 18 de la Forma 499 R-2/W-2PR) | (c)<br>Trimestre en que se pagaron los sueldos | Sueldos por los cuales usted reclama—<br>(complete sólo una columna por empleado)   |      |                                  |       |
|---|--|--|--|---|------|----------------------------------|-------|
|   |  |  |  | (d)<br>AMBAS partes, la del patrono y del empleado<br>(se requiere una autorización por escrito del empleado por las cantidades retenidas pero no reembolsadas al empleado) |      | (e)<br>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> .<br>Anote la cantidad de la línea 5 del Anexo para Ajustar las Contribuciones de Empleados Domésticos<br>► \$ _____ |   |  | 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 |  |   |  |   |   |
|  |    |      |  |   |  |   |   |
|  |    |      |  |   |  |   |   |
| <b>Total de pagos de salarios en efectivo ►</b>      |    |      |  |   |  |   |   |

**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)<br>Nombre y número de seguro social del empleado doméstico   | (b)<br>Total de sueldos de 1994 sujetos al seguro social (bloque 18 de la Forma 499 R-2/W-2PR) | (c)<br>Trimestre en que se pagaron los sueldos | Sueldos por los cuales usted reclama—<br>(complete sólo una columna por empleado)   |      |                                  |       |
|---|--|--|--|---|------|----------------------------------|-------|
|   |  |  |  | (d)<br>AMBAS partes, la del patrono y del empleado<br>(se requiere una autorización por escrito del empleado por las cantidades retenidas pero no reembolsadas al empleado) |      | (e)<br>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.