

<b>a</b> Año a corregirse Year being corrected  19	<b>3333</b>	<b>For Official Use Only ▶</b> OMB No. 1545-0008		
<b>b</b> Nombre y dirección del patrono, incluyendo el código postal "ZIP" Employer's name, address, and ZIP code		<input type="checkbox"/> Corregido Corrected	<b>c</b> Total de comprobantes Total number of statements	
			<b>d</b> Número del establecimiento Establishment number	
Clase de patrono  Kind of payer		Sólo Empleados-Medicare Employees only	<b>e</b> Número de identificación patronal Federal Employer's Federal EIN	
941-PR Regular <input type="checkbox"/> Doméstico Household <input type="checkbox"/> 943-PR Agrícola Agriculture <input type="checkbox"/> Sección 218 <input type="checkbox"/>			<b>g</b> Número patronal de seguro social y PRU Employer's SSA number and PRU  <b>69—</b>	
<b>Nota:</b> Complete desde la h hasta la j solamente si la información suministrada en la Forma W-3PR original es incorrecta <b>Note:</b> Complete boxes h-j only if the information shown on the original Form W-3PR is incorrect		<b>h</b> Número de identificación patronal Federal (como aparece en la W-3PR original) Employer's Federal EIN (as shown on original W-3PR)	<b>i</b> Número del establecimiento (como aparece en la W-3PR original) Establishment number (as shown on original W-3PR)	<b>j</b> Número patronal de seguro social y PRU (como aparece en la W-3PR original) Employer's SSA and PRU no. (as shown on original W-3PR) <b>69—</b>
<b>Cambios-Changes</b>	Partida Item	Según se informó originalmente <b>(a)</b> As originally reported	Información Correcta <b>(b)</b> Correct information	Aumento (reducción) <b>(c)</b> Increase (decrease)
	1 Total de sueldos al Seguro Social Social security wages			
	2 Contribución al Seguro Social retenida Social security tax withheld			
	3 Sueldos y propinas sujetos al Medicare Medicare wages and tips			
	4 Contribución al Seguro Medicare retenida Medicare tax withheld			
	5 Propinas sujetas al Seguro Social Social security tips			
	6 Contribución al Seguro Social no cobrada Uncollected social security tax			
	7 Contribución al seguro Medicare no cobrada Uncollected Medicare tax			
<b>Explicación-Explanation</b>	<b>8</b> Explique aquí cualquier reducción en salarios Explain any decreases in wages here			
¿Ha sido radicada una planilla de contribución patronal corregida con el Servicio Federal de Rentas Internas? Has a corrected employment tax return been filed with the Internal Revenue Service? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No				
Si la respuesta es "Sí", indique la fecha en que la planilla corregida fue radicada. If "Yes," give date the corrected return was filed ▶				
Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla y los documentos adjuntos, y que a mi mejor saber y entender son verídicos, correctos y completos. Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return, including accompanying documents, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.				
Firma-Signature ▶		Título-Title ▶		Fecha-Date ▶
Persona de contacto-Contact person	Número de teléfono-Telephone number (    )	Número del FAX-Fax number (    )	Dirección de su e-mail—E-mail address	

**Forma W-3c PR (Rev. 7-97) TRANSMISIÓN DE COMPROBANTES DE RETENCIÓN CORREGIDOS**

Para el aviso de información acerca de la Ley de Reducción de Trámites, vea la página 5 de las instrucciones.

**Form W-3c PR (Rev. 7-97) Transmittal of Corrected Wage and Tax Statements**

For Paperwork Reduction Act Notice, see page 4 of the instructions.

Cat. No. 62776P

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

<b>a</b> Año a corregirse Year being corrected  19		<b>OMB No. 1545-0008</b>		
<b>b</b> Nombre y dirección del patrono, incluyendo el código postal "ZIP" <input type="checkbox"/> Corregido Employer's name, address, and ZIP code <input type="checkbox"/> Corrected  <div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">SU COPIA-Your Copy</div>		<b>c</b> Total de comprobantes Total number of statements  <b>d</b> Número del establecimiento Establishment number		
Clase de patrono  <b>f</b> Kind of payer 941-PR Regular <input type="checkbox"/> Doméstico Household <input type="checkbox"/> 943-PR Agrícola Agriculture <input type="checkbox"/> Sólo Empleados-Medicare Medicare Employees only <input type="checkbox"/> Sección Section 218 <input type="checkbox"/>		<b>e</b> Número de identificación patronal Federal Employer's Federal EIN  <b>g</b> Número patronal de seguro social y PRU Employer's SSA number and PRU  <div style="text-align: center; font-weight: bold;">69—</div>		
<b>Nota:</b> Complete desde la h hasta la j solamente si la información suministrada en la Forma W-3PR original es incorrecta <b>Note:</b> Complete boxes h-j only if the information shown on the original Form W-3PR is incorrect		<b>h</b> Número de identificación patronal Federal (como aparece en la W-3PR original) Employer's Federal EIN (as shown on original W-3PR)	<b>i</b> Número del establecimiento (como aparece en la W-3PR original) Establishment number (as shown on original W-3PR)	<b>j</b> Número patronal de seguro social y PRU (como aparece en la W-3PR original) Employer's SSA and PRU no. (as shown on original W-3PR)  <div style="text-align: center; font-weight: bold;">69—</div>
Cambios-Changes	Partida Item	Según se informó originalmente <b>(a)</b> As originally reported	Información Correcta <b>(b)</b> Correct information	Aumento (reducción) <b>(c)</b> Increase (decrease)
	1 Total de sueldos al Seguro Social Social security wages			
	2 Contribución al Seguro Social retenida Social security tax withheld			
	3 Sueldos y propinas sujetos al Medicare Medicare wages and tips			
	4 Contribución al Seguro Medicare retenida Medicare tax withheld			
	5 Propinas sujetas al Seguro Social Social security tips			
	6 Contribución al Seguro Social no cobrada Uncollected social security tax			
	7 Contribución al seguro Medicare no cobrada Uncollected Medicare tax			
Explicación-Explanation	<b>8</b> Explique aquí cualquier reducción en salarios Explain any decreases in wages here			
¿Ha sido radicada una planilla de contribución patronal corregida con el Servicio Federal de Rentas Internas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Has a corrected employment tax return been filed with the Internal Revenue Service? . . . . . <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es "Sí", indique la fecha en que la planilla corregida fue radicada. If "Yes," give date the corrected return was filed ►				
Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla y los documentos adjuntos, y que a mi mejor saber y entender son verídicos, correctos y completos. Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return, including accompanying documents, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.				
Firma-Signature ►		Título-Title ►		Fecha-Date ►
Persona de contacto-Contact person		Número de teléfono-Telephone number (      )		Número del FAX-Fax number (      )
		Dirección de su e-mail—E-mail address		

**Forma W-3c PR (Rev. 7-97) TRANSMISIÓN DE COMPROBANTES DE RETENCIÓN CORREGIDOS**

Para el aviso de información acerca de la Ley de Reducción de Trámites, vea la página 5 de las instrucciones.

**Form W-3c PR (Rev. 7-97) Transmittal of Corrected Wage and Tax Statements**

For Paperwork Reduction Act Notice, see page 4 of the instructions.

## General Instructions

**Purpose of form.** Form W-3c PR is used to correct a previously filed Form W-3PR and to transmit **Form 499 R-2c/W-2cPR**, Correccion A Comprobante De Retencion—Corrected Withholding Statement.

File a single Form W-3c PR to correct an employer's name, address, or employer identification number (EIN). If these are the only changes you need to make, complete boxes a, b, d, e, applicable boxes g, h, i, j, and telephone number. Otherwise, always file Form W-3c PR with Form 499 R-2c/W-2cPR. You may also file Form 499 R-2c/W-2cPR alone to correct an employee's name or social security number (SSN).

**Correcting more than one kind of form.** If you are correcting more than one kind of form, please group forms of the same kind, and send them in separate groups. For example, send forms showing agricultural wages with a separate Form W-3c PR. This will distinguish it from forms showing nonagricultural wages.

**Who must file.** Employers generally must file Form W-3c PR to send the originals of Forms 499 R-2c/W-2c PR to the SSA.

The transmitter or sender (including a service bureau, paying agent, or disbursing agent) may sign Form W-3c PR for the employer only if the sender:

1. Is authorized to sign by an agency agreement (either oral, written, or implied) that is valid under state law and
2. Writes "For (name of employer)" next to the signature.

**Note:** *Even though an authorized sender signs for the payer, the payer still has the responsibility for making sure the Form W-3c PR and attachments are filed correctly and timely. The payer is subject to any penalties that result from not complying with these requirements.*

**Where to file.** All employers must file Forms 499 R-2c/W-2c PR and W-3c PR with the Social Security Administration. If you use the **U.S. Postal Service**, send all Forms 499 R-2c/W-2c PR and W-3c PR to:

Social Security Administration  
Data Operations Center  
P.O. Box 3333  
Wilkes-Barre, PA 18767-3333

If you use a **carrier other than the U.S. Postal Service**, send Forms 499 R-2c/W-2c PR and W-3c PR to:

Social Security Administration  
Data Operations Center  
Attn: W-2c PR Process  
1150 E. Mountain Drive  
Wilkes-Barre, PA 18702-7997

**Note:** *Do not send Form 499 R-2/W-2 PR to either of these addresses. Instead, see the instructions for Form 499 R-2/W-2 PR.*

**Shipping and mailing.** If you have a large number of forms, you may send them in separate packages. Show your name and employer identification number (EIN) on each package. Number them in order (1 of 4, 2 of 4, etc.) and place Form W-3c PR in package 1. Show the number of packages at the bottom of Form W-3c PR below the title. If you mail them, you must send them by First-Class Mail.

## Specific Instructions

Please type all entries if possible. Send the first page with originals of Form 499 R-2c/W-2c PR. Please do not staple or tape them to Form W-3c PR. Keep "Your Copy" for your records.

**Box a—Year being corrected.** Enter the calendar year of the original Form 499 R-2c/W-2c PR.

**Box b—Employer's name, address, and ZIP code.** This should be the same as what is shown on your Form W-3PR. If you are correcting the name or address, mark the corrected checkbox.

The IRS will not use Form W-3c PR to update your address of record. To change your address, complete **Form 8822**, Change of Address. To get Form 8822, or any other IRS form, call 1-800-TAX-FORM (1-800-829-3676).

**Box c—Total number of statements.** Show the number of individual Forms 499 R-2c/W-2c PR attached to this Form W-3c PR.

**Box d—Establishment number (optional).** This item may be used by the employer to identify each of several establishments or subsidiaries.

**Box e—Employer's Federal EIN.** Show the correct number assigned to you by the IRS (00-000000). If the W-3c PR is being used to correct an identifying number, use box h to show how the number was incorrectly recorded on the original form.

**Box f—Kind of payer.** Mark the checkbox that applies to you.

**941-PR.** Mark this box if you file Form 941-PR and none of the other categories apply.

**Household.** Mark this box if you are a household employer correcting Forms 499 R-2/W-2 PR for household employees (Schedule H-PR, or Form 942-PR for tax years before 1995). If you also have to correct forms of employees who are not household employees, send each group's Forms 499 R-2c/W-2c PR with a separate Form W-3c PR.

**943-PR.** Mark this box if you file Form 943-PR and are correcting forms for agricultural employees. If you also have to correct forms of employees who are not agricultural employees, send each group of Forms 499 R-2c/W-2c PR with a separate Form W-3c PR.

**Medicare Employees only.** Mark this box if you are a government agency correcting Forms 499 R-2/W-2 PR for employees subject only to the 1.45% Medicare tax.

**Section 218.** Mark this box if you are a local government employer correcting 1986 or earlier Forms 499 R-2/W-2 PR for employees covered under section 218 of the Social Security Act.

**Box g—Employer's SSA number and PRU.** If you are correcting a 1986 or earlier year, show the number assigned to you by the SSA. This number always starts with 69. Also add the "L" indicator, coverage group, and/or Payroll Record Unit (PRU) numbers if these have been assigned to you by SSA.

**Boxes h through j.** Make entries here only if the number on the original form is incorrect. Your correct numbers should appear in boxes d, e, and g respectively.

**Boxes 1 through 7 Changes.** Enter the totals from the same boxes on the related Forms 499R-2c/W-2c PR. **The box numbers on this form do not match Form 499R-2c/W-2c PR.** Complete only those items that are being corrected. Otherwise, leave blank.

On any line that shows a dollar change, if one of the amounts is zero, enter "zero" or "0". Do not leave blank.

Show negative amounts (decreases) in parentheses.

**Signature.** Sign and date the form. Also, enter your title, phone number, and the name of a person to contact. If you have a fax number and/or e-mail address, also enter them.

**Paperwork Reduction Act Notice.—**We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. You are required to give us the information. We need it to ensure that you are complying with these laws and to allow us to figure and collect the right amount of tax.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to this form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by section 6103 of the Internal Revenue Code.

The time needed to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is 31 minutes. If you have comments concerning the accuracy of this time estimate or suggestions for making this form more simple, we would be happy to hear from you. You can send your comments to the Tax Forms Committee, Western Area Distribution Center, Rancho Cordova, CA 95743-0001. DO NOT send the tax form to this address. Instead, see **Where To File** above.

## Instrucciones Generales

**Propósito de la forma.** La Forma W-3c PR se usa para corregir Formas W-3PR radicadas anteriormente y para enviar las **Formas 499 R-2c/W-2c PR**, Corrección a Comprobante de Retención.

Radique una sola Forma W-3c PR para corregir el nombre de un patrono, la dirección o el número de identificación patronal (*EIN*). Si estos son los únicos cambios que usted necesita hacer, por favor, complete los encasillados a, b, d, así como el e, además, complete los encasillados g, h, i, así como el j que apliquen. Anote también el número de teléfono. De no ser así, radique siempre la Forma W-3c PR con la Forma 499 R-2c/W-2c PR. Usted también puede radicar sólo la Forma 499 R-2c/W-2c PR para corregir el nombre o el número de seguro social del empleado.

**Cómo corregir más de una clase de formas.** Si usted desea corregir más de una clase de formas, debe agrupar todos los comprobantes según sus respectivas clases y enviar cada grupo por separado. Por ejemplo, envíe las formas en las que informa salarios agrícolas por separado con una Forma W-3c PR. De esta manera se podrán distinguir éstas de las formas en las que informa salarios que no son agrícolas.

**Quién debe radicar la forma.** Los patronos, por lo general, deberán completar la Forma W-3c PR para enviar los originales de las Formas 499 R-2c/W-2c PR a la Administración del Seguro Social.

La persona que transmita o envíe la Forma W-3c PR (agente de servicios, agente pagador o agente desembolsador) puede firmarla por el patrono, solamente si el remitente:

1. Está autorizado a firmar bajo un acuerdo (oral, escrito o implícito) que sea válido ante la ley estatal y

2. Escribe "Por (nombre del patrono)" al lado de la firma.

**Nota:** Aunque un remitente autorizado firme por el pagador, el pagador es responsable de que la Forma W-3c PR y los documentos adjuntos estén debidamente cumplimentados y de que sean radicados a tiempo. El pagador estará sujeto a cualquier penalidad que resulte por no cumplir con estos requisitos.

**Adónde se envían las formas.** Todo patrono tiene que radicar las Formas 499 R-2c/W-2c PR y W-3c PR ante la Administración del Seguro Social. Si usted usa el **Servicio Postal de los EE.UU.**, envíe todas las Formas 499 R-2c/W-2c PR y W-3c PR a la dirección siguiente:

Social Security Administration  
Data Operations Center  
P.O. Box 3333  
Wilkes-Barre, PA 18767-3333

Si usted usa una **agencia porteadora que no sea el Servicio Postal de los EE.UU.**, envíe sus Formas 499 R-2c/W-2c PR y W-3c PR a la dirección siguiente:

Social Security Administration  
Data Operations Center  
Attn: W-2c PR Process  
1150 E. Mountain Drive  
Wilkes-Barre, PA 18702-7997

**Aviso:** Por favor, **no envíe** la Forma 499 R-2/W-2 PR a ninguna de estas direcciones. Vea las instrucciones para la Forma 499 R-2/W-2 PR para dicha información.

**Cómo se envían las formas.** Si tiene un número grande de formas puede enviarlas en paquetes separados. Indique su nombre y número de identificación patronal en cada paquete. Enumérelas en orden (1 de 4, 2 de 4, etc.) e incluya la Forma W-3c PR en el paquete número 1. Indique el número de paquetes al calce de la Forma W-3c PR, debajo del título. Si envía los paquetes por correo, use la tarifa de primera clase.

## Instrucciones Específicas

La forma deberá ser llenada a maquinilla en su totalidad, si es posible. Envíe la primera página con los originales de las Formas 499 R-2c/W-2c PR. Por favor, no las una con grapas o con cinta adhesiva a la Forma W-3c PR.

**Encasillado a—Año a corregirse.** Anote el año según aparece en la Forma 499 R-2c/W-2c PR original.

**Encasillado b—Nombre y dirección del patrono, incluyendo el código postal "ZIP".** Deben ser anotados según aparecen en la Forma W-3PR. Si usted está corrigiendo el nombre o la dirección, marque el encasillado titulado "Corregido".

El Servicio Federal de Rentas Internas no usará la Forma W-3c PR para poner al día la dirección de usted en el registro de direcciones. Para cambiar su dirección, por favor, complete la **Forma 8822**, titulada "Cambio de Dirección". Para obtener la Forma 8822 ó cualquier otra forma del Servicio Federal de Rentas Internas, llame al 1-800-TAX-FORM (1-800-829-3676).

**Encasillado c—Total de comprobantes.** Indique el número de Formas 499 R-2c/W-2c PR que incluye con esta Forma W-3c PR.

**Encasillado d—Número del establecimiento (opcional).** El patrono puede llenar este encasillado para identificar individualmente cada uno de sus establecimientos o subsidiarias.

**Encasillado e—Número Patronal Federal.** Indique el número correcto que le asignó el Servicio Federal de Rentas Internas (00-0000000). Si la Forma W-3c PR se está usando para corregir un número de cuenta patronal, use el encasillado **h** para indicar cómo se anotó incorrectamente en la forma original.

**Encasillado f—Clase de patrono.** Marque el encasillado correspondiente.

**941-PR.** Marque este encasillado si usted radica la Forma 941-PR y ninguna de las otras categorías le corresponde.

**Doméstico.** Marque este encasillado si usted es patrono de empleados domésticos y está corrigiendo Formas 499 R-2/W-2 PR que pertenecen a empleados domésticos (Anejo H-PR o la Forma 942-PR para años contributivos anteriores a 1995). Si también corrige Formas 499 R-2c/W-2c PR de empleados no domésticos, envíe cada grupo de éstas con otra Forma W-3c PR.

**943-PR.** Marque este encasillado si radica la Forma 943-PR y los comprobantes corregidos pertenecen a empleados agrícolas. Si también corrige Formas 499 R-2c/W-2c PR de empleados no agrícolas, envíe cada grupo de éstas por separado con otra Forma W-3c PR.

**Sólo Empleados Medicare.** Marque este encasillado si se trata de una agencia gubernamental que está corrigiendo Formas 499 R-2/W-2 PR de empleados que están sujetos únicamente a la contribución para el seguro Medicare a razón del 1.45%.

**Sección 218.** Marque este encasillado si usted es un patrono gubernamental y va a corregir Formas 499 R-2/W-2 PR de 1986 ó un año

anterior a éste, de empleados amparados por la sección 218 de la Ley del Seguro Social.

**Encasillado g—Número patronal de Seguro Social (SSA) y de PRU.** Si usted está corrigiendo el año 1986 ó un año anterior a éste, anote el número que le asignó la Administración del Seguro Social (*SSA*). Este número comienza siempre con 69. Además, añada el indicador "L" y números de grupo de cobertura y/o Unidad de Registro de Nóminas (*PRU*), si éstos les han sido asignados a usted por la Administración del Seguro Social (*SSA*).

**Encasillados de la h a la j.** Haga anotaciones en estos encasillados solamente si el número que informó en la forma original no es el correcto. Los números correctos deben aparecer en los encasillados d, e, así como g respectivamente.

**Encasillados del 1 al 7—Cambios.** Llene estos encasillados con las mismas partidas de las Formas 499 R-2c/W-2c PR corregidas correspondientes. **Los números de los encasillados de esta forma no coinciden con los de la Forma 499 R-2c/W-2c PR.** Deberá completar solamente los encasillados que va a corregir, los demás déjelos en blanco.

Si en alguna línea hay un cambio en las cantidades y una de ellas es cero, anote cero ó -0-. No deje la línea en blanco.

Anote las cantidades negativas (reducciones) en paréntesis.

**Firma.** Por favor, firme y feche esta planilla. Incluya también su título, número de teléfono y el nombre de un individuo con quien se puede comunicar. Si usted tiene un número de FAX y/o una dirección para recibir correspondencia electrónica (*e-mail*), por favor, inclúyalos también.

**Aviso Sobre la Ley de Reducción de Trámites—Solicitamos la información requerida en esta planilla para cumplir con las leyes que regulan la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos.** Usted está obligado a suministrarnos cualquier información solicitada. La necesitamos para asegurar que usted cumple con esas leyes y para poder computar y cobrar la cantidad correcta de contribuciones.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en una forma sujeta a la Ley de Reducción de Trámites a menos que la misma muestre un número de control válido de la *OMB (Office of Management and Budget)*. Los libros o récords relativos a esta forma o sus instrucciones deberán ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la administración de cualquier ley contributiva federal. Por regla general, las planillas de contribución y cualquier información pertinente son confidenciales, como lo requiere la sección 6103 del Código Federal de Rentas Internas.

El tiempo que se necesita para llenar y radicar esta forma variará, dependiendo de las circunstancias individuales. El promedio de tiempo que se estima necesario para completar esta forma es de 31 minutos. Si desea hacer cualquier comentario acerca de la exactitud de este tiempo o si tiene alguna sugerencia que ayude a que esta forma sea más sencilla, por favor, envíenos los mismos. Puede enviar sus comentarios y sugerencias al *Tax Forms Committee, Western Area Distribution Center, Rancho Cordova, CA 95743-0001*. NO envíe esta forma a esta dirección. En su lugar vea, **"Adónde se envían las formas"**, anteriormente.

