| | 3333 | For Official Use Only ► OMB No. 1545-0008 | | |
|---|---|---|---|---|
| **a** **Clase de pagador** Regular ☐ Agrícola Agriculture ☐ **Kind of Payer** Doméstico Household ☐ Sólo Empleados Medicare Medicare employees only ☐ | | **b** Total de comprobantes adjuntos Total number of statements | **1** Sueldos-Wages | **10** Total Sueldos Seg. Soc. Soc. Security Wages |
| | | | **2** Comisiones-Commissions | **11** Seguro Social Retenido Soc. Sec. Tax Withheld |
| | | | **3** Concesiones-Allowances | **12** Total Sueldos y Prop. Medicare Medicare Wages and Tips |
| **c** Número de identificación patronal Employer's identification number | | | **4** Propinas-Tips | **13** Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld |
| **d** Nombre del patrono Employer's name | | | **5** Total = 1 + 2 + 3 + 4 | **14** Propinas (Seguro Social) Tips |
| | | | **6** Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses | **15** Seguro Social No Retenido en Propinas-Uncollected Soc. Sec. Tax on Tips |
| | | | **7** Contribución Retenida Tax Withheld | |
| **e** Dirección y zona postal (ZIP) del patrono Employer's address and ZIP code | | | **8** Fondo de Retiro Retirement Fund | **16** Contrib. Medicare No Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips |
| **f** Otro número de identificación patronal usado este año-Other EIN used this year | | | **9** Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS | |

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**

Número de teléfono ( ) Telephone number ( )

Forma (Form) **W-3PR**

# Informe de Comprobantes de Retención Transmittal of Withholding Statements

**1995**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

**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.

El tiempo que se necesita para llenar y radicar esta forma variará, dependiendo de las circunstancias individuales. El promedio de tiempo que se estima para completar esta forma es de 20 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 a: *Internal Revenue Service,* Atención: *Tax Forms Committee PC:FP,* Washington, DC 20224. No envíe esta forma a esta dirección. En las instrucciones que aparecen más abajo, en la sección **"Adónde se envía",** encontrará la dirección a la cual deberá enviarla.

## Cambios a Notarse

**Cantidad máxima tributable en 1995.—**La cantidad máxima sujeta a la contribución al seguro social es $61,200. No existe limitación alguna en las cantidades de ingresos por propinas o sueldos de Medicare que están sujetos a la contribución del Medicare de 1995.

## Instrucciones Generales

**Por qué se usa la forma.—**Se usa la Forma W-3PR para enviar los originales de las Formas 499R-2/W-2PR a la Administración del Seguro Social.

**Quién debe radicar la forma.—**Los patronos deberán radicar la Forma W-3PR para enviar las Formas 499R-2/W-2PR.

Un remitente (incluyendo una agencia de servicios, un agente pagador o un agente de desembolsos) puede firmar la Forma W-3PR por el patrono o el pagador sólo si el remitente:

(a) Está autorizado por un acuerdo de agencia (un acuerdo verbal, por escrito o implícito) válido conforme a la ley estatal; y

(b) Escribe "Por (nombre del pagador)" junto a la firma.

Si un remitente autorizado firma por el pagador, éste último es responsable de radicar, para la fecha de vencimiento, una Forma W-3PR correcta y completa con los anexos necesarios y está sujeto a cualesquier multas que resulten por no haber cumplido con estos requisitos.

**Radicación usando medios magnéticos.—** Instamos a los patronos y a otros pagadores que disponen de una computadora a que faciliten en medios magnéticos la información requerida en la **Forma 499R-2/W-2PR,** Comprobante de Retención.

El uso de medios magnéticos ahorra dinero y posibilita mayor eficiencia y flexibilidad en el procesamiento de datos.

Para obtener instrucciones sobre la manera de usar medios magnéticos para facilitar la información solicitada en la Forma 499R-2/W-2PR, escriba a la *Social Security Administration, OCRO, DEA Attn: Resubmittal Unit, 3-E-10 NB, Metro West,* 300 North Greene Street Baltimore, MD 21201, o comuníquese con el Especialista en Información de Salarios de la Administración del Seguro Social en Puerto Rico, llamando al 809-766-5574.

El Boletín de Información para el Contribuyente de Puerto Rico *(Taxpayer Information Bulletin—TIB),* disponible en inglés, puede obtenerse del Tablero de Información para el Patrono de la Administración del Seguro Social *(SSA).* Usted puede obtener esta información del Tablero de Información para el Patrono de la *SSA,* usando una computadora personal junto con un dispositivo telefónico para computadoras *(modem)* y marcando el número 410-965-1133.

**Cuándo se debe radicar.—**Radique la Forma W-3PR, con las Formas 499R-2/W-2PR adjuntas, para el 28 de febrero de 1995.

*(Continúa en la página 3)*

**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.

The time needed to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is 20 minutes. If you have comments concerning the accuracy of this time estimate or suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. You can send your comments to **Internal Revenue Service,** Attention: Tax Forms Committee PC:FP, Washington, DC 20224. DO NOT send the tax form to this office. Instead, see the instructions below for information on **Where To File.**

## Changes To Note

**1995 Wage Bases.—**The wage base for social security tax is $61,200. There is no limit on the amount of Medicare wages and tips that are subject to Medicare tax in 1995.

## General Instructions

**Purpose of Form.—**Use Form W-3PR to transmit the original copy of Forms 499R-2/W-2 PR to the Social Security Administration.

**Who Must File.—**Employers must file Form W-3PR to transmit Forms 499R-2/W-2 PR.

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

(a) Is authorized to sign by an agency agreement (either oral, written, or implied) that is valid under state law; and

(b) Writes "For (name of payer)" next to the signature.

If an authorized sender signs for the payer, the payer is still responsible for filing, when due, a correct and complete Form W-3PR and attachments, and is subject to any penalties that result from not complying with these requirements.

**Magnetic Media Filing.—**We encourage employers and other payers with computer capability to use magnetic media for filing Form 499R-2/W-2 PR, Withholding Statement. Filers find that reporting on magnetic media saves money, and is efficient and flexible. You can get the specifications for reporting the Form 499R-2/W-2 PR information on magnetic media by writing to the Social Security Administration, OCRO, DEA Attn: Resubmittal Unit, 3-E-10 NB, Metro West, 300 North Greene Street, Baltimore, MD 21201, or by contacting the Social Security Wage Reporting Specialist for Puerto Rico at 809-766-5574.

The Puerto Rican TIB (Taxpayer Information Bulletin) is accessible in English on SSA's Employer Information Bulletin Board. Using a personal computer and a modem, you can access SSA's Employer Information Bulletin Board by dialing 410-965-1133.

**When To File.—**File Form W-3PR with attached Forms 499R-2/W-2 PR by February 29, 1996.

**Where To File.—**File with the Social Security Administration, Data Operations Center, Wilkes-Barre, PA 18769.

**Shipping and Mailing.—**Do not use tape or staple Form W-3PR to Forms 499R-2/W-2 PR. If you have a large number of forms to file with one W-3PR, you may send them in separate packages. Show your name and employer identification number on each package. Number them in order (1 of 4, 2 of 4, etc.). Show the



*(Continued on page 4)*

| | 3333 | OMB No. 1545-0008 | | |
|---|---|---|---|---|
| **a** **Clase de pagador** Regular ☐ Agrícola Agriculture ☐ **Kind of Payer** Doméstico Household ☐ Sólo Empleados-Medicare Medicare employees only ☐ | | **b** Total de comprobantes adjuntos Total number of statements | **1** Sueldos-Wages | **10** Total Sueldos Seg. Soc. Soc. Security Wages |
| | | | **2** Comisiones-Commissions | **11** Seguro Social Retenido Soc. Sec. Tax Withheld |
| | | | **3** Concesiones-Allowances | **12** Total Sueldos y Prop. Medicare Medicare Wages and Tips |
| **c** Número de identificación patronal Employer's identification number | | | **4** Propinas-Tips | **13** Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld |
| **d** Nombre del patrono Employer's name | | | **5** Total = 1 + 2 + 3 + 4 | **14** Propinas (Seguro Social) Tips |
| SU COPIA<br>YOUR COPY | | | **6** Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses | **15** Seguro Social No Retenido en Propinas-Uncollected Soc. Sec. Tax on Tips |
| | | | **7** Contribución Retenida Tax Withheld | |
| **e** Dirección y zona postal (ZIP) del patrono Employer's address and ZIP code | | | **8** Fondo de Retiro Retirement Fund | **16** Contrib. Medicare No Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips |
| **f** Otro número de identificación patronal usado este año-Other EIN used this year | | | **9** Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS | |

Forma (Form) **W-3PR**

# Informe de Comprobantes de Retención
# Transmittal of Withholding Statements

**1995**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

**Adónde se envía.—**Envíe las formas a la *Social Security Administration, Data Operations Center, Wilkes-Barre, PA 18769.*

**Cómo enviar las formas.—**No use cinta adhesiva ni grape la Forma W-3PR a las Formas 499R-2/W-2PR. Si tiene muchos comprobantes para enviar con una sola Forma W-3PR, puede enviarlos en paquetes separados. En este caso, anote sobre cada paquete su nombre y su número de identificación patronal. Numere los paquetes en orden. (Por ejemplo, si hay cuatro paquetes, se marcan "1 de 4", "2 de 4", etc.) Anote el número de paquetes al pie de la Forma W-3PR, debajo de la fecha. Si envía los paquetes por correo, deberá usar la tarifa de primera clase.

**Compensación por enfermedad.—**A la compensación por enfermedad pagada a un empleado por un tercero, tal como una compañía de seguros o un agente fiduciario, se le deberá tratar de una forma especial al finalizar el año debido a que el Servicio Federal de Rentas Internas concilia las Formas 941-PR trimestrales de un patrono con las Formas 499R-2/W-2PR y W-3PR que se radican al terminar el año. Vea la Publicación 952, *Sick Pay Reporting* (Informando la Compensación por Enfermedad), para más información acerca de cómo informar la compensación por enfermedad.

Si el tercero pagador le notifica al patrono que ha hecho pagos de compensación por enfermedad, por favor, siga las instrucciones a continuación:

**Terceros pagadores.—**Debido a que usted le retuvo la contribución al seguro social y al Medicare a personas por las cuales no radica la Forma 499R-2/W-2PR, usted deberá radicar, por separado, una Forma W-3PR junto con una sola Forma 499R-2/W-2PR substituta que indica lo siguiente: escriba en el encasillado uno (1) de la Forma 499R-2/W-2PR *"Third-party sick pay"* (Tercero pagador de compensación por enfermedad), en vez del nombre del empleado. En el encasillado dieciocho (18) anote el total de la compensación por enfermedad pagada al empleado sujeta a la contribución al seguro social del empleado. En el encasillado diecinueve (19) escriba la cantidad de contribución al seguro social retenida al empleado. En el encasillado veinte (20), escriba la cantidad total de la compensación por enfermedad sujeta a la contribución Medicare, correspondiente al empleado. En el encasillado veintiuno (21), escriba la cantidad total retenida para la contribución Medicare, correspondiente al empleado. En la Forma W-3PR que usted preparará por separado llene solamente los encasillados a, c, d, e, 7 y del 10 al 13.

**Patronos.—**Si durante 1995 tuvo empleados que recibieron pagos de compensación por enfermedad procedentes de una compañía de seguros, o de cualquier otro tercero pagador, usted deberá informar en la Forma 499R-2/W-2PR del empleado: (a) en el encasillado 8, la cantidad total de la compensación por enfermedad que el empleado deba incluir en su ingreso; (b) en el encasillado 14, cualquier contribución sobre ingresos retenida de la compensación por enfermedad por el tercero pagador; (c) en el encasillado 18, la porción de la compensación por enfermedad que esté sujeta a la contribución al seguro social, correspondiente al empleado; (d) en el encasillado 19, la contribución al seguro social correspondiente al empleado que haya sido retenida por el tercero pagador; (e) en el encasillado 20, la compensación por enfermedad que esté sujeta a la contribución Medicare, correspondiente al empleado; y (f) en el encasillado 21, la contribución Medicare correspondiente al empleado, retenida por el tercero pagador.

Si no incluye cualquier parte del pago de compensación por enfermedad en el ingreso del empleado debido a que éste pagó una porción de las primas, usted deberá informar al empleado la parte no incluida.

El patrono tiene la opción de incluir la compensación por enfermedad pagada por terceros junto con los salarios informados en la Forma 499R-2/W-2PR, o de informar la compensación por separado en una segunda Forma 499R-2/W-2PR, en la que indicará que la cantidad fue compensación por enfermedad pagada por un tercero. En cualesquiera de las dos opciones, la copia A de las Formas 499R-2/W-2PR deberá ser radicada ante la Administración del Seguro Social.

**Nota:** Si el tercero pagador no le notifica a tiempo al patrono acerca de los pagos de compensación por enfermedad, el tercero pagador, no el patrono, será responsable de radicar las Formas 499R-2/W-2PR correspondientes a cada uno de los empleados que recibieron los pagos, así como la Forma W-3PR.

## Instrucciones Específicas

Por favor, escriba a maquinilla o con letra de molde, si es posible. Para anotar las cifras en dólares, omita el signo ($) y la coma, pero no omita el punto decimal (00000.00).

**Encasillado a. Clase de pagador.—**Marque con una X el encasillado que describe el tipo de trabajo que sus empleados desempeñan. Marque solamente un encasillado.

Si radica la Forma 941-PR, marque con una X el encasillado "Regular".

*(Continúa en la página 4)*

Si radica la Forma 943-PR y usted es un patrono agrícola, marque con una X el encasillado "Agrícola".

Marque con una X el encasillado "doméstico" si usted es un patrono de empleados domésticos.

Marque con una X el encasillado "Sólo Empleados-Medicare Gubernamentales", si el patrono es una agencia del gobierno y sus empleados están sujetos solamente al 1.45% de contribución al Medicare.

**Encasillado b. Total de comprobantes adjuntos.—**Anote el número de Formas 499R-2/W-2PR que envía con esta Forma W-3PR.

**Encasillado c. Número de identificación patronal.—**Anote el número asignado a usted por el Servicio Federal de Rentas Internas–*IRS*. Deberá escribirlo de esta manera: 00-0000000. **No use el número de un propietario anterior.**

**Encasillados d y e. Nombre y dirección del patrono.—**Anote el nombre del patrono, número y calle, ciudad, estado y código postal "ZIP". Si es posible, use la etiqueta impresa. Haga las correcciones necesarias al nombre o a la dirección en la etiqueta.

**Encasillado f. Otro número de identificación patronal usado este año.—**Si usted ha usado un número de identificación patronal (incluyendo el número de un propietario anterior) en las Formas 941-PR ó 943-PR, radicadas para 1995, que es distinto al número de identificación patronal informado en el encasillado de esta forma, anote aquí el otro número de identificación patronal que usó.

**Encasillados 1-4 y 6-16.—**En estos encasillados de la Forma W-3PR informe los totales de las Formas 499R-2/W-2PR que está enviando. Notará que no todos los números de los encasillados de las dos formas se corresponden.



number of packages at the bottom of Form W-3PR below the date. If you send them by mail, you must send them First Class.

**Sick Pay.—**Sick pay paid to an employee by a third party, such as an insurance company or trust, requires special treatment at yearend because the IRS reconciles an employer's quarterly Forms 941-PR with the Forms 499R-2/W-2 PR and W-3PR filed at the end of the year. The following provides general rules on reporting sick pay paid by a third party. For details see **Pub. 952,** Sick Pay Reporting, for information on reporting sick pay.

*Third-party payers.*—Because you withheld social security and Medicare tax from persons for whom you do not file Forms 499R-2/W-2 PR, you must file a separate Form W-3PR with a single "dummy" Form 499R-2/W-2 PR that shows the following: **"Third-party sick pay"** in place of the employee's name (box 1); the total of all sick pay subject to employee social security tax (box 18); the employee social security tax withheld (box 19); the total of all sick pay subject to employee Medicare tax (box 20); and the employee Medicare tax withheld (box 21). On the separate Form W-3PR complete only boxes a, c, d, e, and 7 and 10 through 13.

*Employers.*—If you had employees who received sick pay in 1995 from an insurance company or other third-party payer, you must report the following on the employee's Form 499R-2/W-2 PR: (a) in box 8, the amount of sick pay the employee must include in income; (b) in box 14, any income tax withheld from the sick pay by the third-party payer; (c) in box 18, the amount of sick pay that is subject to employee social security tax; (d) in box 19, the employee social security tax withheld by the third-party payer; (e) in box 20, the sick pay subject to employee Medicare tax; and (f) in box 21, the employee Medicare tax withheld by the third-party payer.

If any portion of the payment is not includible in the employee's income because the employee paid part of the premiums, you must notify the employee of the excludable portion.

Employers can include these amounts in the Form 499R-2/W-2 PR they issue their employees showing wages, or they can give their employees a separate Form 499R-2/W-2 PR and state that the amounts are for third-party sick pay. In either case, Copy A of Forms 499R-2/W-2 PR must be filed with the Social Security Administration.

**Note:** *If the third-party payer does not notify the employer about sick pay payments timely, the third party is responsible for filing Forms 499R-2/W-2 PR for each employee who received the payments plus Form W-3PR, instead of the employer.*

# Specific Instructions

Please print or type entries if possible. Make all dollar entries without the dollar sign and comma but with the decimal point (00000.00).

**Box a—Kind of Payer.—**Mark the box that describes the kind of employment. Mark only one box.

Mark the Regular box if you file Form 941-PR.

Mark the Agriculture box if you are an agricultural employer and file Form 943-PR.

Mark the Household box if you are a household employer.

Mark the Medicare employees only box if you are a government agency with employees subject only to the 1.45% Medicare tax.

**Box b—Total Number of Statements.—**Enter the number of Forms 499R-2/W-2 PR you are sending with this Form W-3PR.

**Box c—Employer's Identification Number.—**Enter the number assigned to you by the U.S. Internal Revenue Service. This should be shown as 00-0000000. Do not use a prior owner's number.

**Boxes d and e—Employer's Name and Address.—**Enter the employer's name, street address, city, state, and ZIP code. Use the preprinted label if possible. Make any corrections to the name or address on the label.

**Box f—Other EIN Used This Year.—**If you have used an employer identification number (including a prior owner's number) on Forms 941-PR or 943-PR submitted for 1995 that is different from the employer identification number reported in box c on this form, enter the other employer identification number used.

**Boxes 1-4 and 6-16.—**In these boxes on Form W-3PR, report totals from the Forms 499R-2/W-2 PR you are transmitting. Not all item numbers on the two forms match.