

		3333	For Official Use Only ► OMB No. 1545-0008	
a Clase de pagador Regular Agrícola <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agriculture Kind of Payer Doméstico Sólo Household Empleados Medicare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> only Medicare employees	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** **1995** **Transmittal of Withholding Statements** 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)