U.S. TREAS Form treas-irs-w-3pr-1997

	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

1997

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.

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 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: *Tax Forms Committee, Western Area Distribution Center, Rancho Cordova, CA 95743-0001.* No envíe esta forma a esta dirección. En vez de eso, envíela a la dirección siguiente:

Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
1150 E. Mountain Drive
Wilkes-Barre, PA 18769-0001

Cambios a Notarse

Cantidad máxima tributable en 1997.—La cantidad máxima sujeta a la contribución al seguro social es $65,400. No existe limitación alguna en las cantidades de ingresos por propinas o sueldos que están sujetos a la contribución al Medicare de 1997.

Nuevo requisito para radicar usando medios magnéticos (computadora).—El Servicio Federal de Rentas Internas *(IRS)* proyecta establecer reglas que requerirán que cuando se radiquen 250 ó más Formas 499R-2/W-2PR ante la Administración del Seguro Social, dicha radicación se haga usando medios magnéticos. Este nuevo requisito aplicará a las Formas 499R-2/W-2PR que se tengan que radicar después del 31 de diciembre de 1996. Para obtener información detallada sobre este tema, vea el *Notice 95-64, 1995-50 I.R.B. 5.*

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.

(Continúa en la página 3)