

Attention!

This form is provided for informational purposes and should not be reproduced on personal computer printers by individual taxpayers for filing. The printed version of this form is a "machine readable" form. As such, it must be printed using special paper, special inks, and within precise specifications.

Additional information about the printing of these specialized tax forms can be found in: Publication 1167, *Substitute Printed, Computer-Prepared, and Computer-Generated Tax Forms and Schedules*; and, Publication 1179, *Specifications for Paper Document Reporting and Paper Substitutes for Forms 1096, 1098, 1099 Series, 5498, and W-2G*.

The publications listed above may be obtained by calling 1-800-TAX-FORM (1-800-829-3676). Be sure to order using the IRS publication number.

		3333	For Official Use Only ▶ OMB No. 1545-0008	
a Clase de pagador 941-PR 943-PR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kind of payer Doméstico Sólo Empleados Medicare Household Medicare employees only <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b Total de Formas 499 R-2/W-2 PR adjuntas Total number of Forms 499 R-2/W-2 PR		1 Sueldos-Wages	10 Total Sueldos Seg. 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 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) Social Security 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 and accompanying documents, and, to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete.

Firma ▶ Signature	Título ▶ Title	Fecha ▶ Date
Persona de contacto—Contact person	No. de teléfono—Telephone number ()	No. de FAX—Fax number ()
		Dirección de e-mail—e-mail address

Forma (Form) W-3PR Informe de Comprobantes de Retención Transmittal of Withholding Statements 1998
 Department of the Treasury Internal Revenue Service

Cambios a Notarse

Cantidad máxima tributable en 1998.—La cantidad máxima sujeta a la contribución al seguro social es \$68,400. No existe limitación alguna en las cantidades de ingresos por propinas o sueldos que están sujetos a la contribución al Medicare de 1998.

Patronos que cesan de operar.—Si durante 1998 usted cesó de operar su negocio o profesión, deberá entregarles a sus empleados las Formas 499 R-2/W-2 PR, correspondientes al año natural (calendario) de la terminación, para la fecha de vencimiento en la que usted tiene que radicar su Forma 941-PR final. Además, usted tiene que radicar las Formas 499 R-2/W-2 PR ante la SSA el, o antes del, último día del mes que sigue a la fecha de vencimiento para radicar la Forma 941-PR. Sin embargo, si cualquier empleado suyo se encuentra contratado inmediatamente por un patrono sucesor, vea el Procedimiento Administrativo Contributivo (*Rev. Proc.*) 96-60, 1996-2 C.B. 399 para las reglas. También vea el Procedimiento Administrativo Contributivo (*Rev. Proc.*) 96-57, 1996-2 C.B. 389 para información sobre cómo obtener prórrogas para entregar Formas 499 R-2/W-2 PR a sus empleados y cómo radicar dichas formas ante la SSA.

¿Necesita asistencia? Si usted desea información sobre cómo se obtienen formas y publicaciones y cómo se prepara una planilla substituta de contribución, vea la **Publicación 179**, Guía Contributiva para Patronos Puertorriqueños.

Instrucciones Generales

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

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

Un **patrono de empleados domésticos** deberá radicar una Forma W-3PR aun cuando radique una sola Forma 499 R-2/W-2 PR.

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 las Formas 499 R-2/W-2 PR correspondientes y está sujeto a cualesquier multas que resulten por no haber cumplido con estos requisitos.

Adonde se envía. Envíe las Formas 499 R-2/W-2 PR con la primera página entera de la Forma W-3PR a la

Social Security Administration, Wilkes-Barre Data Operations Center, Wilkes-Barre, PA 18769-0001.

Nota: Si usted usa Correspondencia Certificada (*Certified Mail*) para radicar, cambie la zona postal (*ZIP code*) a "18769-0002". Si usted usa un servicio de entregas particular aprobado por el IRS para radicar la información, añada "ATTN: W-2 PROCESS, 1150 E. Mountain Dr." a la dirección y cambie la zona postal a "18702-7997".

Radicación usando medios magnéticos.—Si usted tiene que radicar 250 ó más Formas 499 R-2/W-2 PR deberá radicarlas usando medios magnéticos (computadora) a menos que el Servicio Federal de Rentas Internas (*IRS*) le haya otorgado una renuncia.

Solicitud de renuncia. Puede solicitar dicha renuncia llenando la **Forma 8508, Request for Waiver from Filing Information Returns on Magnetic Media**, en inglés. Hay que enviar esta forma al IRS durante el período de al menos 45 días antes de la fecha de vencimiento para radicar la planilla. Vea la Forma 8508 para más detalles al respecto.

Para obtener instrucciones sobre cómo usar medios magnéticos para facilitar la información solicitada en la Forma 499 R-2/W-2 PR, escriba a la *Social Security Administration, OCRO, DEA Attn: Resubmittal Group, 3-B-10 NB, Metro West, P.O. Box 2317, Baltimore, MD 21235*, o comuníquese con el Especialista en Información de Salarios de la Administración del Seguro Social en Puerto Rico, llamando al 787-766-5574.

(Continúa en la página 3)

Changes To Note

1998 wage bases. The wage base for social security tax is \$68,400. There is no limit on the amount of Medicare wages and tips that are subject to Medicare tax in 1998.

Employers terminating operations. If during 1998 you terminated your business or profession, you must provide Forms 499 R-2/W-2 PR to your employees for the calendar year of termination by the due date of your final Form 941-PR. You must also file Forms 499 R-2/W-2 PR with the SSA by the last day of the month that follows the due date of your final Form 941-PR. However, if any of your employees are immediately employed by a successor employer, see Rev. Proc. 96-60, 1996-2 C.B. 399 for the rules. Also see Rev. Proc. 96-57, 1996-2 C.B. 389 for information on how to get an automatic extension for furnishing Forms 499 R-2/W-2 PR to your employees and filing Forms 499 R-2/W-2 PR with the SSA.

Need Help? If you need information about how to get forms and publications and how to prepare a substitute form, see **Publication 179**, Guía Contributiva para Patronos Puertorriqueños.

General Instructions

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

Security Administration. Make sure you use Form W-3PR for the correct year.

Who Must File. Employers and other payers must file Form W-3PR to transmit Forms 499 R-2/W-2 PR. A **household employer** must file a Form W-3PR even if filing only one Form 499 R-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 related Forms 499 R-2/W-2 PR and is subject to any penalties that result from not complying with these requirements.

Where to file.—Send forms 499 R-2/W-2 PR with the entire first page of Form W-3PR to Social Security Administration, Data Operations Center, Wilkes-Barre, PA 18769-0001.

Note: *If you use "Certified Mail" to file, change the ZIP code to "18769-0002." If you use an IRS approved private delivery service to deliver this information, add "ATTN: W-2 PROCESS, 1150 E. Mountain Dr." to the address and change the ZIP code to "18702-7997."*

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 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.

Magnetic media filing. If you are required to file 250 or more Forms 499 R-2/W-2 PR, you must file them on magnetic media unless the IRS granted you a waiver.

Waiver request. You may request a waiver from filing on magnetic media by filing **Form 8508**, Request for Waiver From Filing Information Returns on Magnetic Media, in English. This form must be submitted to the IRS at least 45 days before the due date of the return. See Form 8508 for further details.

You can get the specifications for reporting the Form 499 R-2/W-2 PR information on magnetic media by writing to the Social Security Administration, OCRO, DEA Attn: Resubmittal Group, 3-B-10 NB, Metro West, P.O. Box 2317, Baltimore, MD 21235, or by contacting the Social Security Wage Reporting Specialist for Puerto Rico at 787-766-5574.

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

		3333	OMB No. 1545-0008	
a Clase de pagador 941-PR 943-PR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kind of payer Doméstico Sólo Empleados-Medicare Household Medicare employees only <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b Total de Formas 499 R-2/W-2 PR adjuntas Total number of Forms 499 R-2/W-2 PR		1 Sueldos-Wages	10 Total Sueldos Seg. 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 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) Social Security Tips
<div style="border: 1px solid black; padding: 20px;"> <h1 style="margin: 0;">SU COPIA</h1> <h1 style="margin: 0;">YOUR COPY</h1> </div>			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 **W-3PR** **Informe de Comprobantes de Retención**
 (Form) **Transmittal of Withholding Statements**

1998

Department of the Treasury
 Internal Revenue Service

El Boletín de Información para el Contribuyente de Puerto Rico (*Taxpayer Information Bulletin—TIB*), disponible en inglés, puede obtenerse del Tablero de Información del Seguro Social (*SSA-BBS*). Usted puede obtener esta información del *SSA-BBS*, 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 499 R-2/W-2 PR adjuntas, para el 1 de marzo de 1999.

Prórroga. Usted puede solicitar una prórroga del tiempo para radicar sus Formas 499 R-2/W-2 PR, enviando la **Forma 8809, Request for Extension of Time To File Information Returns**, en inglés, a la dirección indicada en dicha forma. Deberá solicitar la prórroga antes de la fecha de vencimiento para radicar las planillas. Si se le aprueba, usted tendrá hasta 30 días adicionales para radicar. Vea la Forma 8809 para más detalles.

Cómo enviar las formas. No use cinta adhesiva ni grape la Forma W-3PR a las Formas 499 R-2/W-2 PR, ni grape ni adhiera las Formas 499 R-2/W-2 PR la una a la otra. Si usted radica más de una clase de planilla para la contribución por razón del empleo, radique todas las Formas 499 R-2/W-2 PR de la misma clase, junto con una Forma W-3PR por separado para cada clase de planilla en cuestión, y envíelas cada una así en su grupo particular.

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 499 R-2/W-2 PR y W-3 PR que se radican al terminar el año. La información que sigue a continuación le proporciona las reglas generales acerca de cómo reportar la compensación por enfermedad pagada por un tercero pagador. Para más detalles sobre este tema, vea *Sick Pay Reporting* en la **Publicación 15-A, Employer's Supplemental Tax Guide**, en inglés.

Terceros pagadores. Debido a que le retuvo la contribución al seguro social y al Medicare a personas por las cuales no radica la Forma 499 R-2/W-2 PR, usted deberá radicar, por separado, una Forma W-3PR junto con una sola Forma 499R-2/W-2 PR substituta que indica lo siguiente: escriba en el encasillado uno (1) de la Forma 499 R-2/W-2 PR "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 una Forma W-3PR substituta llene solamente los encasillados a, c, d, e, 7 y del 10 al 13.

Patronos. Si durante 1998 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 499 R-2/W-2 PR del empleado: (a) en el enca-

sillado 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, 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 499 R-2/W-2 PR o de informar la compensación por separado en una segunda Forma 499 R-2/W-2 PR en la que indicará que la cantidad fue compensación por enfermedad pagada por un tercero. En cualquiera de las dos opciones, la copia A de las Formas 499 R-2/W-2 PR 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 499 R-2/W-2 PR correspondientes a cada uno de los empleados que recibieron los pagos, así como la Forma W-3PR.

(Continúa en la página 4)

Instrucciones Específicas

Por favor, escriba a maquina 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 le corresponde. Marque solamente un encasillado.

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

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

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

Marque con una X el encasillado "Solo 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 Formas 499 R-2/W-2 PR adjuntas. Anote el número de Formas 499 R-2/W-2 PR 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.**

Página 4

When To File. File Form W-3PR with Forms 499 R-2/W-2 PR by March 1, 1999.

Extension. You may request an extension of time to file Forms 499 R-2/W-2 PR by sending **Form 8809**, Request for Extension of Time To File Information Returns, to the address on that form. You must request the extension before the due date of the returns. If approved, you will have an additional 30 days to file. See Form 8809 for details.

Shipping and Mailing. Do not use tape or staple Form W-3PR to Forms 499 R-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 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 year end because the IRS reconciles your Forms 941-PR with the Forms 499 R-2/W-2 PR and W-3PR filed at the end of the year. For details see Sick Pay Reporting in **Pub. 15-A**, Employer's Supplemental Tax Guide.

Third-party payers. Because you withheld social security and Medicare tax from persons for whom you do not file Forms 499 R-2/W-2 PR, you must file a separate Form W-3PR with a single "dummy" Form 499 R-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 a dummy 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 1998 from an insurance company or other third-party payer, you must report the following on the employee's Form 499 R-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,

Encasillados d y e.—Nombre y dirección del patrono. Anote el nombre del patrono, número y calle, ciudad, estado y código postal "ZIP".

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 1998, que es distinto al número de identificación patronal informado en el encasillado c de esta forma, anote aquí el otro número de identificación patronal que usó.

Persona de contacto, No. de teléfono, No. de FAX y Dirección de e-mail. Por favor, provea esta información por si acaso surge cualquier duda durante el procesamiento de la planilla.

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

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y 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. La necesitamos para computar y cobrar la cantidad correcta de contribución. La sección 6051 del Código Federal de Rentas Internas y su reglamentación correspondiente requieren que usted provea copias de la forma de retención a sus empleados y a la Administración

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 499 R-2/W-2 PR they issue their employees showing wages, or they can give their employees a separate Form 499 R-2/W-2 PR and state that the amounts are for third-party sick pay. In either case, Copy A of Forms 499 R-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 499 R-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 applies. Mark only one box.

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

Mark the "943-PR" 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 Forms 499 R-2/W-2 PR. Enter the number of Forms 499 R-2/W-2PR you are sending with this Form W-3PR.

Box c—Employer 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.

del Seguro Social. La sección 6109 requiere que usted provea su número de identificación del patrono (EIN). La información facilitada en esta planilla puede ser compartida con el Departamento de la Justicia para casos de litigio civil y criminal y con las ciudades, estados y el Distrito de Columbia a fin de ayudarlos en administrar sus leyes contributivas respectivas. Si usted no nos provee esta información de una manera oportuna, pudiera estar sujeto a pagar multas y penalidades.

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 una 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 27 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 escribir al *Tax Forms Committee, Western Area Distribution Center, Rancho Cordova, CA 95743-0001*. **No envíe** esta forma a esta dirección. En vez de eso, vea **Adónde se envía** en la página 1.

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 1998 that is different from the employer identification number reported in box c on this form, enter the other employer identification number used.

Contact person, telephone number, Fax number, and E-mail address. Please enter this information, in case any questions arise during processing.

Boxes 1-4 and 6-16. In these boxes on Form W-3PR, report totals from the Forms 499 R-2/W-2 PR you are transmitting with this Form W-3PR. The numbers on the two forms do not match.

Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. We need it to figure and collect the right amount of tax. Section 6051 of the Internal Revenue code and its regulations require you to furnish wage and tax statements to employees and to the Social Security Administration. Section 6109 requires you to provide your employer identification number. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation and to cities, states, and the District of Columbia for use in administering their tax laws. If you fail to provide this information in a timely manner, you may be subject to penalties.

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 a 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 Code.

The time needed to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is 27 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 write to the Tax Forms Committee, Western Area Distribution Center, Rancho Cordova, CA 95743-0001. **DO NOT** send the tax form to this office. Instead, see **Where to file** on page 2.