

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

<b>1</b> Clase de pagador Regular <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Medicare-Empleados Gubernamentales <input type="checkbox"/>	<b>2</b> Salarios	<b>3</b> Salarios sujetos al seguro social	<b>4</b> Salarios sujetos a Medicare	<b>5</b> Total de comprobantes adjuntos
	<b>6</b> Contribución retenida	<b>7</b> Total de la contribución al seguro social retenida	<b>8</b> Total de la contribución al seguro Medicare retenida	<b>9</b> Otro número de identificación patronal usado este año
<b>10</b> Número de identificación patronal	<b>11</b> Comisiones	<b>12</b> Total	<b>13</b> Propinas sujetas al seguro social	<b>14</b>
<b>15</b> Nombre y dirección del patrono (si la tiene, coloque la etiqueta en este espacio)			<b>16</b> Fondo de retiro	<b>17</b> Contribución al seguro social sobre propinas no retenida
			<b>18</b> Planes de retiro no calificados	<b>19</b> Contribución Medicare sobre propinas no retenida

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.

Firma ▶ Título ▶ Fecha ▶  
 ----- Desprenda por esta línea -----

**Información General**

**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 suministrar 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 tanto a: **Internal Revenue Service**, Washington, DC 20224, Atención: *IRS Reports Clearance Officer T:FP*, como a: **Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1545-0008)**, Washington, DC 20503. No envíe esta forma a ninguna de estas direcciones. En las instrucciones que aparecen más abajo encontrará la dirección a la cual deberá enviarla.

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, Office of Systems Requirements**, P.O. Box 2317, Baltimore, MD 21235, o comuníquese con la Oficina de Distrito de la Administración del Seguro Social en Puerto Rico.

**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 y otros pagadores deben 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.

**Cuándo se debe radicar.**—Radique la Forma W-3PR, con las Formas 499R-2/W-2PR adjuntas, para el 1 de marzo de 1993.

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

**Cómo enviar las formas.**—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", "3 de 4", "4 de 4".) 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.

**Cómo se llena la Forma W-3PR.**—Escriba a maquina o con letra de molde. Para anotar las cifras en dólares, omita el signo (\$) y la coma, pero no omita el punto decimal (0000.00).

**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 941PR trimestrales de un patrono con las Formas 499R-2/W-2PR y W-3PR que se radican al terminar el año. Vea la **Circular PR**, Guía Contributiva Federal para Patronos Puertorriqueños, para obtener información acerca de quién deberá preparar la Forma 499R-2/W-2PR y la Forma W-3PR.

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

**Tercero pagador.**—Debido a que usted le retuvo la contribución al seguro social 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 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 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10 y 15.

(Continúa en la página 3)

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

1 <b>Kind Of Payer</b>	Regular <input type="checkbox"/>	Agriculture <input type="checkbox"/>	2 Wages	3 Social security wages	4 Medicare wages	5 Total number of statements
	Household <input type="checkbox"/>	Medicare gov't. emp. <input type="checkbox"/>	6 Tax withheld	7 Social security tax withheld	8 Medicare tax withheld	9 Other EIN used this year
10 Employer identification number			11 Commissions	12 Total	13 Social security tips	14
15 Name and address of employer (If available, place label over box 15.)					16 Retirement fund	17 Uncollected social security tax on tips
					18 Nonqualified plans	19 Uncollected Medicare tax on tips

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.

Signature ▶ Title ▶ Date ▶

..... Detach along this line .....

**General Information**

**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 taxpayers 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 more simple, we would be happy to hear from you. You can send your comments to both the **Internal Revenue Service**, Washington, DC 20224, Attention: IRS Reports Clearance Officer T:FP; and the **Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1545-0008)**, Washington, DC 20503. DO NOT send the tax form to either of these offices. Instead, see the instructions below for information on Where To File.

We encourage employers and other payers with computer capability to use magnetic media for filing **Form 499R-2/W-2 P.R.**, 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 P.R. information on magnetic media by writing to the Social Security Administration, Office of Systems Requirements, P.O. Box 2317, Baltimore, MD 21235, or by contacting the Social Security District Office in Puerto Rico.

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

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

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.

**When To File.**—File Form W-3PR with attached Forms 499R-2/W-2 P.R. by March 1, 1993.

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

**Shipping and Mailing.**—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.

**How to Complete Form W-3PR.**—Please print or type entries if possible. Make all dollar entries without the dollar sign and comma but with the decimal point (0000.00).

**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 IRS reconciles an employer's quarterly Forms 941PR with the Forms 499R-2/W-2 P.R. and W-3PR filed at the end of the year. See **Circular PR**, Guía Contributiva Federal para Patronos Puertorriqueños, for information on who should prepare the Forms 499R-2/W-2 P.R. and W-3PR.

If the third-party notifies the employer about the sick pay payments, follow the instructions below.

**Third-party payers.**—Because you withheld social security and Medicare tax from persons for whom you do not file Forms 499R-2/W-2 P.R., you must file a separate Form W-3PR with a single "dummy" Form 499R-2/W-2 P.R. 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 total of all sick pay subject to employee Medicare tax (box 20); the employee social security tax withheld (box 19); and the employee Medicare tax withheld (box 21). On the separate Form W-3PR complete only boxes 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, and 15.

(Continued on page 4)

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

**1992**

1 <b>Clase de pagador</b>	Regular <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	2 Salarios	3 Salarios sujetos al seguro social	4 Salarios sujetos a Medicare	5 Total de comprobantes adjuntos
	Doméstico <input type="checkbox"/>	Medicare-Empleados Gubernamentales <input type="checkbox"/>				
10 Número de identificación patronal	11 Comisiones			12 Total	13 Propinas sujetas al seguro social	14
15 Nombre y dirección del patrono (si la tiene, coloque la etiqueta en este espacio)					16 Fondo de retiro	17 Contribución al seguro social sobre propinas no retenida
					18 Planes de retiro no calificados	19 Contribución Medicare sobre propinas no retenida

SU COPIA

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.

Firma ▶ Título ▶ Fecha ▶

Desprenda por esta línea

**Patronos.**—Si durante 1992 tuvo empleados que recibieron pagos de compensación por enfermedad procedentes de una compañía de seguros, o de cualquier otro tercero pagador, usted deberá informar: (a) en el encasillado 19, cualquier contribución al seguro social retenida de la compensación por enfermedad por usted como tercero pagador; (b) en el encasillado 8, la cantidad total de la compensación por enfermedad que el empleado deba incluir en su ingreso; (c) en el encasillado 19, la contribución al seguro social correspondiente al empleado que haya retenido como tercero pagador; (d) en el encasillado 18, la porción de la compensación por enfermedad que esté sujeta a la contribución al seguro social, correspondiente al empleado; (e) en el encasillado 20, la porción de la compensación por enfermedad que esté sujeta a la contribución Medicare, correspondiente al empleado; y (f) en el encasillado 21, la contribución Medicare total, correspondiente al empleado, retenida por usted como 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 del pago excluida.

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 cualquiera 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**

**Encasillado 1. 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 941PR, marque con una X el encasillado "Regular".

Si radica la Forma 943PR, marque con una X el encasillado "Agrícola".

Si radica la Forma 942PR, marque con una X el encasillado "Doméstico".

Marque con una X el encasillado "Medicare-Empleados Gubernamentales", si el patrono es el gobierno federal, el gobierno de Puerto Rico, un municipio o una agencia de éstos y sus empleados están sujetos solamente al 1.45% de contribución para beneficios hospitalarios de Medicare.

**Encasillados 2-4, 8, 11, 13, 14, 17, y 19-21.**—En estos encasillados de la Forma W-3PR anote 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, por tanto, use la lista que aparece a continuación ya que la misma indica el encasillado de la Forma W-3PR que usted deberá usar para informar cada uno de los totales de las Formas 499R-2/W-2PR.

Encasillado de la Forma 499R-2/W-2PR	Encasillado de la Forma W-3PR
Encasillado 8 . . . . .	Encasillado 2
Encasillado 9 . . . . .	Encasillado 11
Encasillado 11 . . . . .	Encasillado 12
Encasillado 13 . . . . .	Encasillado 6
Encasillado 14 . . . . .	Encasillado 16
Encasillado 18 . . . . .	Encasillado 3
Encasillado 19 . . . . .	Encasillado 7
Encasillado 20 . . . . .	Encasillado 4
Encasillado 21 . . . . .	Encasillado 8
Encasillado 22 . . . . .	Encasillado 13
Encasillado 23 . . . . .	Encasillado 17
Encasillado 24 . . . . .	Encasillado 19

**Encasillado 5, Total de comprobantes adjuntos.**—Anote el número de Formas 499R-2/W-2PR que envía con esta Forma W-3PR.

**Encasillado 10, Número de identificación patronal.**—Anote el número asignado a usted por el Servicio Federal de Rentas Internas-IRS. Este consiste de dos dígitos, un guión y siete dígitos (00-000000). **No use el número de un propietario anterior.**

**Encasillado 9, 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 941PR, 942PR ó 943PR, radicadas para 1992, que es distinto al número de identificación patronal informado en el encasillado 10 de este informe, anote aquí el otro número de identificación patronal que usó.

**Encasillado 15, Nombre y dirección del patrono.**—Anote su nombre, número y calle, ciudad, estado y código postal "ZIP". Si es posible, use la etiqueta impresa. Haga las correcciones necesarias al nombre y dirección en la etiqueta.

**1992**

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

<b>Kind Of Payer</b>	Regular <input type="checkbox"/>	Agriculture <input type="checkbox"/>	<b>2 Wages</b>	<b>3 Social security wages</b>	<b>4 Medicare wages</b>	<b>5 Total number of statements</b>
	Household <input type="checkbox"/>	Medicare gov't. emp. <input type="checkbox"/>	<b>6 Tax withheld</b>	<b>7 Social security tax withheld</b>	<b>8 Medicare tax withheld</b>	<b>9 Other EIN used this year</b>
<b>10 Employer identification number</b>			<b>11 Commissions</b>	<b>12 Total</b>	<b>13 Social security tips</b>	<b>14</b>
<div style="text-align: center; font-size: 2em; border: 1px solid black; padding: 10px;">                     YOUR COPY                 </div>				<b>15 Name and address of employer (If available, place label over box 15.)</b>	<b>16 Retirement fund</b>	<b>17 Uncollected social security tax on tips</b>
						<b>18 Nonqualified plans</b>

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.

Signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Employers.**—If you had employees who received sick pay in 1992 from an insurance company or other third-party payer, you must report the following on the employee's Form 499R-2/W-2 P.R.: (a) in box 13, any income tax withheld from the sick pay by the third-party payer; (b) in box 8, the amount of sick pay the employee must include in income; (c) in box 19, the employee social security tax withheld by the third-party payer; (d) in box 18, the amount of sick pay that is subject to employee social security tax; (e) in box 20, the sickpay 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 P.R. they issue their employees showing wages, or they can give their employees a separate Form 499R-2/W-2 P.R. and state that the amounts are for third-party sick pay. In either case, Copy A of Forms 499R-2/W-2 P.R. 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 P.R. for each employee who received the payments plus Form W-3PR, instead of the employer.

**Specific Instructions**

**Box 1—Kind of Payer.**—Put an X in the box that describes the kind of employment. Mark only one box.

Put an X in the Regular box if you file Form 941PR.

Put an X in the Agriculture box if you are an agricultural employer and file Form 943PR.

Put an X in the Household box if you are a household employer and file Form 942PR.

Put an X in the Medicare government employee box if you are a U.S., Puerto Rican or local agency with employees subject only to the 1.45% hospital insurance benefits (Medicare) tax.

**Boxes 2-4, 8, 11, 13, 14, 17, and 19-21.**—In these boxes on Form W-3PR report totals from the Forms 499R-2/W-2 P.R. you are transmitting. Not all item numbers on the two forms match, but the following list shows which box of Form W-3PR you should use to report each of the totals from Forms 499R-2/W-2 P.R.

Form 499R-2/W-2 P.R.	Form W-3PR
Box 8 . . . . .	Box 2
Box 9 . . . . .	Box 11
Box 11 . . . . .	Box 12
Box 13 . . . . .	Box 6
Box 14 . . . . .	Box 16
Box 18 . . . . .	Box 3
Box 19 . . . . .	Box 7
Box 20 . . . . .	Box 4
Box 21 . . . . .	Box 8
Box 22 . . . . .	Box 13
Box 23 . . . . .	Box 17
Box 24 . . . . .	Box 19

**Box 5—Total Number of Statements.**—Enter the number of Forms 499R-2/W-2 P.R. you are sending with this Form W-3PR.

**Box 10—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.

**Box 9—Other EIN Used This Year.**—If you have used an employer identification number (including a prior owner's number) on Forms 941PR, 942PR, or 943PR submitted for 1992 that is different from the employer identification number reported in box 10 on this form, enter the other employer identification number used.

**Box 15—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.