

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

a	b Clase de pagador	Regular <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	1 Sueldos	2 Contribución retenida	
		Doméstico <input type="checkbox"/>	Medicare-Employados Gubern. <input type="checkbox"/>	3 Sueldos sujetos al seguro social	4 Seguro social retenido	
c Total de comprobantes adjuntos	d			5 Sueldos y propinas sujetos al Medicare	6 Contribución al Medicare retenida	
	e Número de identificación patronal			7 Propinas sujetas al seguro social	8	
f Nombre del patrono			9 Comisiones	10 Total del encasillado 11, Forma 499R-2/W-2PR		
g Dirección y zona postal (ZIP) del patrono			11 Planes de retiro no calificados	12 Fondo de retiro		
			13 Contribución al seguro social no cobrada			
			14 Contribución al seguro Medicare no cobrada			
			15			
h Otro número de identificación patronal usado este año						

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 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 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, en la sección **"Adónde se envía"**, encontrará la dirección a la cual deberá enviarla.

Información Importante—Cambio en el formato.—La Forma W-3PR de 1993 contiene cambios importantes en su formato. Los encasillados fueron cambiados de la manera siguiente:

Encasillado en 1992	Encasillado en 1993
Nada	a
1. Clase de pagador	b
5. Total de comprobantes adjuntos	c
10. Número de identificación patronal	e
15. Nombre del patrono	f
15. Dirección y zona postal (ZIP) del patrono	g
9. Otro número de identificación patronal usado este año	h

- 2. Sueldos 1
- 6. Contribución retenida 2
- 3. Sueldos sujetos al seguro social 3
- 7. Seguro social retenido 4
- 4. Sueldos y propinas sujetos a Medicare 5
- 8. Contribución al Medicare retenida 6
- 13. Propinas sujetas al seguro social 7
- 14. Nada 8
- 11. Comisiones 9
- 12. Total del encasillado 11, Forma 499R-2/W-2PR 10
- 18. Planes de retiro no calificados 11
- 16. Fondo de retiro 12
- 17. Contribución al seguro social no cobrada 13
- 19. Contribución al seguro Medicare no cobrada 14
- Nada 15

Cantidad máxima tributable en 1993.—La cantidad máxima sujeta a la contribución al seguro social es \$57,600. La cantidad máxima sujeta al Medicare es \$135,000.

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*, Attn: *Resubmittal Group, 3-E-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 (809) 766-5571.

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 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.

Cuándo se debe radicar.—Radique la Forma W-3PR, con las Formas 499R-2/W-2PR adjuntas, para el 28 de febrero de 1994.

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.

Cómo se llena la Forma W-3PR.—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 (0000.00).

(Continúa en la página 3)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

a [Hatched]	b Kind of Payer Regular <input type="checkbox"/> Household <input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Medicare govt. emp. <input type="checkbox"/>	1 Wages	2 Tax withheld
		3 Social security wages	4 Social security tax withheld
c Total number of statements	d [Hatched]	5 Medicare wages and tips	6 Medicare tax withheld
		e Employer's identification number	7 Social security tips
f Employer's name		8 [Hatched]	9 Commissions
		10 Total Box 11 Form 499R-2/W-2P.R.	11 Nonqualified plans
g Employer's address and ZIP code		12 Retirement fund	13 Uncollected social security tax
		14 Uncollected Medicare tax	15 [Hatched]
h Other EIN used this year			

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 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 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**.

Items To Note

Format Change.—There are major changes to the format of the 1993 Form W-3PR. Boxes were relocated as follows:

1992 Box	1993 Box
None	a
1. Kind of Payer	b
5. Total no. statements	c
10. EIN	e
15. Employer's name	f
15. Employer's address	g
9. Other EIN used	h
2. Wages	1
6. Tax withheld	2

3. Social security wages	3
7. Social security tax	4
4. Medicare wages and tips	5
8. Medicare tax withheld	6
13. Social security tips	7
14. None	8
11. Commissions	9
12. Total	10
18. Nonqualified plans	11
16. Retirement fund	12
17. Uncollected social security tax	13
19. Uncollected Medicare tax	14
None	15

1993 Wage Bases.—The wage base for social security tax is \$57,600. The wage base for Medicare tax is \$135,000.

Magnetic Media Filing.—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, Attn: Resubmittal Group, 3-E-10 NB, Metro West, P.O. Box 2317, Baltimore, MD 21235, or by contacting the Social Security Wage Reporting Specialist for Puerto Rico at (809) 766-5571.

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 February 28, 1994.

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 P.R. 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 the IRS reconciles an employer's quarterly Forms 941-PR with the Forms 499R-2/W-2 P.R. and W-3PR filed at the end of the year. See new **Pub. 952**, Sick Pay Reporting for information on reporting sick pay.

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

a	b Clase de pagador	Regular <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	1 Sueldos	2 Contribución retenida	
		Doméstico <input type="checkbox"/>	Medicare-Employados Gubern. <input type="checkbox"/>	3 Sueldos sujetos al seguro social	4 Seguro social retenido	
c Total de comprobantes adjuntos	d			5 Sueldos y propinas sujetos al Medicare	6 Contribución al Medicare retenida	
	e Número de identificación patronal			7 Propinas sujetas al seguro social	8	
f Nombre del patrono				9 Comisiones	10 Total del encasillado 11, Forma 499R-2/W-2PR	
SU COPIA				11 Planes de retiro no calificados	12 Fondo de retiro	
				13 Contribución al seguro social no cobrada		
				14 Contribución al seguro Medicare no cobrada		
				15		
g Dirección y zona postal (ZIP) del patrono						
h Otro número de identificación patronal usado este año						

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 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 b, e, f, g y del 2 al 6.

Patronos.—Si durante 1993 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 13, 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 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 b. 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".

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

Si radica la Forma 942-PR y usted es un patrono de empleados domésticos, marque con una X el encasillado "Doméstico".

Marque con una X el encasillado "Medicare-Employados 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 seguro hospitalario (Medicare).

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

Encasillado e. 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 f y g. 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 h. 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, 942-PR ó 943-PR, radicadas para 1993, que es distinto al número de identificación patronal informado en el encasillado e de esta forma, anote aquí el otro número de identificación patronal que usó.

Encasillados 1-7, 9, 10 y 12-14.—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. 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 1
Encasillado 9	Encasillado 9
Encasillado 11	Encasillado 10
Encasillado 13	Encasillado 2
Encasillado 14	Encasillado 12
Encasillado 18	Encasillado 3
Encasillado 19	Encasillado 4
Encasillado 20	Encasillado 5
Encasillado 21	Encasillado 6
Encasillado 22	Encasillado 7
Encasillado 23	Encasillado 13
Encasillado 24	Encasillado 14

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

a	b Kind of Payer Regular <input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Household <input type="checkbox"/> Medicare govt. emp. <input type="checkbox"/>	1 Wages	2 Tax withheld
		3 Social security wages	4 Social security tax withheld
c Total number of statements	d	5 Medicare wages and tips	6 Medicare tax withheld
		e Employer's identification number	8
f Employer's name		7 Social security tips	10 Total Box 11 Form 499R-2/W-2 P.R.
		9 Commissions	
g Employer's address and ZIP code		11 Nonqualified plans	12 Retirement fund
		13 Uncollected social security tax	
		14 Uncollected Medicare tax	
		15	
h Other EIN used this year			

YOUR COPY

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 b, e, f, g, and 2 through 6.

Employers.—If you had employees who received sick pay in 1993 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 8, the amount of sick pay the employee must include in income; (b) in box 13, 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 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 b—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 941-PR.

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

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

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 (Medicare) tax.

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

Box e—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 f and g—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 h—Other EIN Used This Year.—If you have used an employer identification number (including a prior owner’s number) on Forms 941-PR, 942-PR, or 943-PR submitted for 1993 that is different from the employer identification number reported in box e on this form, enter the other employer identification number used.

Boxes 1-7, 9, 10, and 12-14.—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. 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 1
Box 9	Box 9
Box 11	Box 10
Box 13	Box 2
Box 14	Box 12
Box 18	Box 3
Box 19	Box 4
Box 20	Box 5
Box 21	Box 6
Box 22	Box 7
Box 23	Box 13
Box 24	Box 14