

# Reclamación de Reembolso y Solicitud de Reducción de Contribución

► See separate instructions.

Use Form 843 only if your claim involves one of the taxes shown on line 3a or a refund or abatement of interest, penalties, or additions to tax on line 4a.

**Note:** Do not use Form 843 if your claim is for—

- An overpayment of income taxes;
- A refund of fuel taxes; or
- An overpayment of excise taxes reported on Form 720, 730, or 2290.

**Use esta forma modificada SÓLO para radicar una reclamación de reembolso para las contribuciones por empleo doméstico de 1994. Complete sólo los espacios en blanco.**

Por favor, use letra de molde o maquinilla	Nombre del reclamante	Para uso de los empleados solamente ►	Su número de seguro social
	Dirección (calle, número, y número de oficina)		Spouse's social security number
	Ciudad o pueblo, estado, código "ZIP"	Para uso de los patronos solamente ►	Número de identificación patronal
	Nombre y dirección según aparece en la planilla, si es diferente al de arriba		Número de teléfono durante el día

<b>1</b> Period—prepare a separate Form 843 for each tax period From _____, 19____, to _____, 19____	<b>2</b> Cantidad a reembolsar o a reducir \$ _____
---	---

**3a** Type of tax, penalty, or addition to tax:  
 Employment     Estate     Gift     Excise (other than excise taxes reported on Form 720, 730, or 2290)  
 Penalty IRC section ► \_\_\_\_\_

**b** Type of return filed (see instructions):  
 706     709     940     941     990-PF     4720     Other (specify) \_\_\_\_\_

**4a** Request for abatement or refund of:  
 Interest caused by IRS errors and delays (under Rev. Proc. 87-42—see instructions).  
 A penalty or addition to tax as a result of erroneous advice from the IRS.

**b** Dates of payment ► \_\_\_\_\_

**5 Explanations and additional claims.** Explain why you believe this claim should be allowed, and show computation of tax refund or abatement of interest, penalty, or addition to tax.

**Los PATRONOS anotan la cantidad de reembolso del Anexo que aparece al dorso. Los EMPLEADOS anotan el total de las cantidades que aparecen en los bloques 19 y 21 de la Forma(s) 499 R-2/W-2PR. Los empleados no necesitan completar el Anexo para Ajustar las Contribuciones que aparece al dorso.**

### INSTRUCCIONES PARA EL REEMBOLSO EN LA FORMA 843-PR PARA LOS EMPLEADOS DOMÉSTICOS

Los empleados domésticos pueden radicar la Forma 843-PR modificada y adjuntar una copia de su Forma 499 R-2/W-2PR para obtener un reembolso si no le proveyeron a su patrono una autorización por escrito para reclamar el reembolso. Los empleados deberán reportar en la Forma 843-PR lo siguiente:

- Nombre, dirección actual, número de seguro social y número de teléfono durante el día.
- Cantidades totales de los bloques 19 y 21 de su(s) Forma(s) 499 R-2/W-2PR de 1994 provista(s) por su patrono doméstico. Asegúrese de adjuntar la(s) Forma(s) 499 R-2/W-2PR provista(s) por su(s) patrono(s) doméstico(s).
- Firma y fecha.

También deberá adjuntar una declaración que indique los trimestres calendarios (naturales) en 1994 en los cuales las cantidades que usted quiere que se le reembolsen fueron retenidas de su paga. Si no está seguro, dénos su mejor estimado. Envíe por correo la Forma 843-PR, la copia de su Forma 499 R-2/W-2PR y la declaración a la misma dirección donde envía la Forma 942-PR.

### CERTIFICACION DEL EMPLEADO

Certifico que mi patrono no me ha reembolsado y que no he autorizado a mi patrono a recobrar cualquier cantidad de contribuciones al seguro social y al Medicare que me retuvo de mi paga en 1994 como empleado doméstico.

**Firma.** If you are filing Form 843 to request a refund or abatement relating to a joint return, both you and your spouse must sign the claim. Claims filed by corporations must be signed by a corporate officer authorized to sign, and the signature must be accompanied by the officer's title.

Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta reclamación, incluyendo los anexos y declaraciones que se acompañan, y que a mi mejor saber y entender, es verídica, correcta y completa.

Sello del Director  
(Fecha de Recibo)

..... Firma (Título, si aplica. Las reclamaciones hechas por corporaciones deberán ser firmadas por un oficial.)	..... Fecha
..... Firma	..... Fecha

### Anexo para Ajustar las Contribuciones de Empleados Domésticos

Complete la línea 1 para cada empleado doméstico al cual usted le pagó la contribución al seguro social y al Medicare en cualquiera de los primeros tres trimestres de 1994, **pero no incluya a los empleados a los cuales usted pagó sueldos ascendentes a \$1,000 ó más durante 1994.**

(Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.)

1	(a) Nombre y número de seguro social del empleado doméstico	(b) Total de sueldos de 1994 sujetos al seguro social (bloque 18 de la Forma 499 R-2/W-2PR)	(c) Trimestre en que se pagaron los sueldos	Sueldos por los cuales usted reclama— (complete sólo una columna por empleado)			
				(d) AMBAS partes, la del patrono y del empleado (se requiere una autorización por escrito del empleado por las cantidades retenidas pero no reembolsadas al empleado)		(e) SÓLO la parte del patrono	
		\$	1er trimestre	\$		\$	
	- -		2do trimestre	\$		\$	
			3er trimestre	\$		\$	
		\$	1er trimestre	\$		\$	
	- -		2do trimestre	\$		\$	
			3er trimestre	\$		\$	
		\$	1er trimestre	\$		\$	
	- -		2do trimestre	\$		\$	
			3er trimestre	\$		\$	
2	Totales . . . . .		2	\$		\$	
3	Tasa contributiva . . . . .		3	×	.153	×	.0765
4	Multiplique la línea 2 por la línea 3 . . . . .		4	\$		\$	
5	Ajuste total a la contribución al seguro social y al Medicare. Sume las columnas (d) y (e) de la línea 4 y anote el total aquí . . . . .		5			\$	
6	Cantidad incluida en la línea 5 que fue reclamada como crédito en la Forma 942-PR . . . . .		6			\$	
7	Reste la línea 6 de la línea 5 y anote el resultado aquí. También, anote esta cantidad en la línea 2 de la Forma 843-PR . . . . .		7			\$	

#### Certificación del Patrono

Certifico que por cada empleado por el cual he hecho una anotación en la columna (d): (1) No le he retenido las contribuciones al seguro social y al Medicare correspondiente a la paga del empleado, (2) Le he devuelto al empleado la parte correspondiente de las contribuciones al seguro social y al Medicare retenidas de su paga, o (3) He obtenido una autorización escrita del empleado para reclamar a nombre de éste un reembolso de las contribuciones al seguro social y al Medicare retenidas al empleado. Certifico también, que por cada empleado a quien se le ha hecho una anotación en la **columna (e)**, el empleado no proveyó autorización escrita o me fue imposible localizar al empleado.