

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

(Para más información, vea las instrucciones por separado.)
Para la contribución al seguro social federal y la contribución Medicare

Número de identificación, nombre y dirección del patrono. (Si hay algún error, haga la corrección necesaria.)

Nombre (el de usted, no el del negocio) _____ Año calendario _____
Nombre comercial, si existe _____
Dirección (incluyendo el código postal "ZIP") _____ Número de identificación patronal _____

T	
FF	
FD	
FP	
I	
T	

Si su dirección no es la misma que apareció en su planilla anterior, marque este encasillado

Si no espera tener que radicar esta planilla en el futuro, marque este encasillado.

1	Número de empleados agrícolas durante el periodo de nómina en el que cayó el 12 de marzo del 2002	1	
2	Total de salarios sujetos a la contribución para el seguro social (vea las instrucciones)	2	
3	Contribución al seguro social (multiplique la línea 2 por el 12.4%, o sea, .124)	3	
4	Total de salarios sujetos a la contribución Medicare (vea las instrucciones)	4	
5	Contribución al seguro Medicare (multiplique la línea 4 por el 2.9%, o sea, .029)	5	
6			
7	Total de contribuciones sin ajustes (suma las líneas 3 y 5)	7	
8	Ajuste a las contribuciones (vea las instrucciones y adjunte la Forma 941cPR, si se requiere)	8	
9	Total de las contribuciones federales (la línea 7 según ajustada por la línea 8)	9	
10			
11			
12	Total de depósitos hechos en 2002, incluyendo cualquier exceso pagado en 2001, según consta en sus récords	12	
13	Balance pendiente de pago (reste la línea 12 de la línea 9—vea las instrucciones). Pague al "United States Treasury"	13	
14	Si la cantidad de la línea 12 es mayor que la de la línea 9, anote el exceso aquí \$ _____ y marque su preferencia: <input type="checkbox"/> debe ser acreditado a la próxima planilla o <input type="checkbox"/> debe ser reintegrado.		

- **Todos los contribuyentes:** Si la línea 9 es menos de \$2,500, no tiene que completar este registro ni la Forma 943A-PR.
- **Depositantes bisemanales:** Complete la Forma 943A-PR y marque aquí
- **Depositantes mensuales:** Complete el registro siguiente y marque aquí

REGISTRO MENSUAL DE LA OBLIGACIÓN CONTRIBUTIVA. No lo complete si usted es un depositante de itinerario bisemanal.

Período para depositar terminado el:	Obligación contributiva para el mes	Instrucciones
A 31 de enero	A	Si sus contribuciones para el año (línea 9) ascienden a menos de \$2,500, usted no tiene que llenar este registro. Si usted es un depositante de itinerario mensual, anote su obligación contributiva en la línea correspondiente a ese mes. Vea, Reglas para los depósitos , en la página 3 de las instrucciones. La obligación contributiva total para el año (la línea M) deberá ser igual al total de la contribución federal (la línea 9). (El Servicio Federal de Rentas Internas usa la información que aparece en los cupones de depósito de contribuciones federales (Forma 8109) o sus depósitos electrónicos para obtener la fecha y el importe de sus depósitos.)
B 28 de febrero	B	
C 31 de marzo	C	
D 30 de abril	D	
E 31 de mayo	E	
F 30 de junio	F	
G 31 de julio	G	
H 31 de agosto	H	
I 30 de septiembre	I	
J 31 de octubre	J	
K 30 de noviembre	K	
L 31 de diciembre	L	
M Obligación total para el año (suma las líneas de la A a la L)	M	

Tercero Autorizado ¿Desea permitir que otra persona discuta esta planilla con el IRS (vea la página 3)? Sí. Complete lo siguiente. No

Nombre de esta persona Número de teléfono () Número de identificación personal (PIN)

Conociendo el castigo que conlleva el delito de perjurio, afirmo que esta planilla, incluyendo los anexos e informes adjuntos, ha sido examinada por mí y según mi leal saber y entender es verídica, completa y correcta.

Firma Escriba su nombre y título (Dueño, etc.) Fecha