

3333	a Año contributivo a corregirse/ Tax year being corrected _____	For Official Use Only ► OMB No. 1545-0008												
b Nombre, dirección y código postal (ZIP) del patrono Employer's name, address, and ZIP code		c Total de Formularios 499R-2c/W-2cPR adjuntos Total number of Forms 499R-2c/W-2cPR												
f Clase de patrono <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;"> Comp. por enferm. de 3ro pagador/3rd-party sick pay <input type="checkbox"/> </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> 943-PR Agricultura Agriculture </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> Empleados del gobierno Medicare Medicare Govt. Employees </td> <td style="width:10%; text-align: center;"> Sección Section 218 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Kind of payer 941-PR Regular <input type="checkbox"/> Doméstico Household <input type="checkbox"/> 944-PR <input type="checkbox"/> </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Comp. por enferm. de 3ro pagador/3rd-party sick pay <input type="checkbox"/>	943-PR Agricultura Agriculture	Empleados del gobierno Medicare Medicare Govt. Employees	Sección Section 218	Kind of payer 941-PR Regular <input type="checkbox"/> Doméstico Household <input type="checkbox"/> 944-PR <input type="checkbox"/>					d Número del establecimiento Establishment number		
	Comp. por enferm. de 3ro pagador/3rd-party sick pay <input type="checkbox"/>	943-PR Agricultura Agriculture	Empleados del gobierno Medicare Medicare Govt. Employees	Sección Section 218										
Kind of payer 941-PR Regular <input type="checkbox"/> Doméstico Household <input type="checkbox"/> 944-PR <input type="checkbox"/>														
e Número de identificación patronal Employer's identification number (EIN)		g Para uso interno solamente For internal use only												
Complete los encasillados h e i sólo si la información suministrada en su último Formulario W-3PR es incorrecta Complete boxes h and i only if the information shown on your last Form W-3PR is incorrect		h Número de identificación patronal incorrecto Incorrect employer's identification number (EIN)	i Número del establecimiento incorrecto Incorrect establishment number	j Para uso interno solamente For internal use only										
[No use grapas—Do not staple]	Partida Item		Según se informó originalmente As originally reported	Información Correcta Correct information	Aumento (reducción) Increase (decrease)									
	1	Total salarios de Seguro Social Social security wages												
	2	Contribución al Seguro Social retenida Social security tax withheld												
	3	Total salarios y propinas Medicare Medicare wages and tips												
	4	Contribución Medicare retenida Medicare tax withheld												
	5	Propinas Seguro Social Social security tips												
	6	Contribución al Seguro Social no retenida de propinas Uncollected social security tax												
	7	Contribución al Medicare no retenida de propinas Uncollected Medicare tax												
Explicación- Explanation	8 Explique aquí toda reducción Explain decreases here													
¿Ha sido radicada una planilla de contribución sobre la nómina corregida ante el Servicio Federal de Rentas Internas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Has a corrected employment tax return been filed with the Internal Revenue Service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No														
Si la respuesta es "Sí", indique la fecha en que la planilla corregida fue radicada. If "Yes," give date the corrected return was filed ►														
Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla y los documentos adjuntos y que, a mi leal saber y entender, son verídicos, correctos y completos. 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.														
Firma-Signature ►		Cargo-Title ►		Fecha-Date ►										
Persona de contacto-Contact person	Número de teléfono-Telephone number ()	Número de fax-Fax number ()	Dirección de su email—Email address											

Propósito del Formulario

Use el Formulario W-3c PR para enviar el original de uno o más Formulario(s) 499R-2c/W-2cPR, Corrección al Comprobante de Retención, a la SSA aun cuando radique el Formulario 499R-2c/W-2cPR únicamente para corregir el nombre o número de seguro social (SSN) de un empleado. Radique solo el Formulario W-3c PR para corregir un número de identificación patronal (EIN) declarado en un Formulario W-3c PR anteriormente radicado. Si éste es el único cambio que necesita hacer, por favor, complete únicamente los encasillados **a**, **b**, **d**, **e**, y **h**, y firme la planilla. Vea las instrucciones del Formulario W-3c PR por separado, para más detalles sobre cómo se llena este formulario.

Cuándo se debe radicar la planilla

Radique el Formulario W-3c PR lo antes posible después de haber descubierto un error en el Formulario 499R-2/W-2PR. Además, déles a sus empleados las copias apropiadas del Formulario 499R-2c/W-2cPR.

Adónde enviar la planilla

Si usted usa el Servicio Postal de los EE.UU., envíe los Formularios 499R-2c/W-2cPR y W-3c PR a la dirección siguiente:

**Social Security Administration
Data Operations Center
P.O. Box 3333
Wilkes-Barre, PA 18767-3333**

Si usa una agencia de entregas que no sea el Servicio Postal de los EE.UU., envíe los Formularios 499R-2c/W-2cPR y W-3c PR a la dirección siguiente:

**Social Security Administration
Data Operations Center
Attn: W-2c PR Process
1150 E. Mountain Drive
Wilkes-Barre, PA 18702-7997**

Purpose of Form

Use Form W-3c PR to transmit the original page of one or more Form(s) 499R-2c/W-2cPR, Corrected Withholding Statement, to the SSA even if you are only filing Form 499R-2c/W-2cPR to correct an employee's name or social security number (SSN). File Form W-3c PR by itself to correct an employer identification number (EIN) on a previously filed Form W-3c PR. If the EIN is the only change you need to make, complete only boxes **a**, **b**, **d**, **e**, and **h**, and sign the form. See the separate Instructions for Form W-3c PR for more information on completing this form.

When To File

File Form W-3c PR as soon as possible after you discover an error on Form 499R-2/W-2PR. Also, provide the appropriate copies of Form 499R-2c/W-2cPR to your employees as soon as possible.

Where To File

If you use the U.S. Postal Service, send Forms 499R-2c/W-2cPR and W-3c PR to the following address:

**Social Security Administration
Data Operations Center
P.O. Box 3333
Wilkes-Barre, PA 18767-3333**

If you use a carrier other than the U.S. Postal Service, send Forms 499R-2c/W-2cPR and W-3c PR to the following address:

**Social Security Administration
Data Operations Center
Attn: W-2c PR Process
1150 E. Mountain Drive
Wilkes-Barre, PA 18702-7997**