

|   |  |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
|---|--|---|--|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------|---------------------|-----------------------------|---------|---|-------------------------|---|--|--|
| <b>3333</b>   | <b>a</b> Año contributivo a corregirse/<br>Tax year being corrected<br><br>_____               | <b>For Official Use Only ▶</b><br>OMB No. 1545-0008   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| <b>b</b> Nombre, dirección y código postal (ZIP) del patrono<br>Employer's name, address, and ZIP code  |  | <b>c</b> Total de Formularios 499R-2c/W-2cPR adjuntos<br>Total number of attached Forms 499R-2c/W-2cPR        |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| <b>f</b> Clase de patrono<br><table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Kind of payer</b></td> <td>941-PR Regular</td> <td>Doméstico Household</td> <td>943-PR Agrícola Agriculture</td> <td>944(SP)</td> <td>Empleados del gobierno Medicare Govt. Employees</td> <td>Sección 218 Section 218</td> </tr> </table> |  |   | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Kind of payer</b> | 941-PR Regular | Doméstico Household | 943-PR Agrícola Agriculture | 944(SP) | Empleados del gobierno Medicare Govt. Employees | Sección 218 Section 218 | <b>d</b> Número del establecimiento<br>Establishment number |  |  |
|   | <input type="checkbox"/>   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| <b>Kind of payer</b>  | 941-PR Regular   | Doméstico Household   | 943-PR Agrícola Agriculture  | 944(SP)  | Empleados del gobierno Medicare Govt. Employees | Sección 218 Section 218  |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| <b>e</b> Número de identificación patronal (EIN)<br>Employer identification number (EIN)  |  | <b>g</b> Para uso interno solamente<br>For internal use only  |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| <b>Complete los encasillados h e i sólo si la información facilitada en su último Formulario W-3PR está incorrecta</b><br><b>Complete boxes h and i only if the information shown on your last Form W-3PR is incorrect</b>  |  | <b>h</b> EIN federal declarado originalmente por el patrono<br><br>Employer's originally reported federal EIN | <b>i</b> Número del establecimiento incorrecto<br><br>Incorrect establishment number | <b>j</b> Para uso interno solamente<br>For internal use only |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| Cambios-Changes   | Partida<br>Item  | Según se informó originalmente<br>Previously reported   | Información correcta<br>Correct information  | Aumento (reducción)<br>Increase (decrease)                   |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
|   | <b>1</b> Total salarios de Seguro Social<br>Social Security wages                              |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
|   | <b>2</b> Contribución al Seguro Social retenida<br>Social Security tax withheld                |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
|   | <b>3a</b> Total salarios y propinas Medicare<br>Medicare wages and tips                        |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
|   | <b>3b</b>  |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
|   | <b>4</b> Contribución Medicare retenida<br>Medicare tax withheld                               |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
|   | <b>5</b> Propinas Seguro Social<br>Social Security tips  |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
|   | <b>6</b> Contribución al Seguro Social no retenida de propinas<br>Uncol. Soc. Sec. Tax on Tips |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| <b>7</b> Contribución al Medicare no retenida de propinas<br>Uncol. Medicare Tax on Tips  |  |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| Razón-Reason  | <b>8</b> Explique aquí toda reducción<br>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<br>Has a corrected employment tax return been filed with the Internal Revenue Service? . . . . . Yes No   |  |   |  |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |
| Si la respuesta es "Sí", indique la fecha en que la planilla corregida fue radicada.<br>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.<br>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 email-Email address   |  |   |                          |                          |                          |                      |                |                     |                             |         |   |                         |   |  |  |

[No use grapas – Do not staple]

## Propósito del Formulario

Use el Formulario W-3c PR para transmitir uno o más Formulario(s) 499R-2c/W-2cPR, Corrección al Comprobante de Retención, a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) aun cuando radique el Formulario 499R-2c/W-2cPR únicamente para corregir el nombre o número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de un empleado. Para corregir un año incorrecto y/o un número de identificación patronal (EIN, por sus siglas en inglés) radicado anteriormente en un Formulario 499R-2/W-2PR o Formulario W-3PR, radique un Formulario W-3c PR junto con el Formulario 499R-2c/W-2cPR para cada empleado afectado. Anote el año y el EIN que fueron radicados originalmente e ingrese en el encasillado titulado **Según se informó originalmente** las sumas de dinero informadas en el Formulario 499R-2/W-2PR original. En el encasillado **Información correcta**, anote ceros. Prepare un segundo Formulario W-3c PR junto con un segundo Formulario 499R-2c/W-2cPR para cada empleado que fue afectado. Anote ceros en los encasillados bajo **Según se informó originalmente** y anote las cantidades de dinero correctas en los encasillados de **Información correcta**. Anote el año correcto y/o EIN correcto. Vea las instrucciones de los Formularios W-3PR y W-3c PR por separado, para más detalles sobre cómo se completa este formulario.

## Cuándo se Debe Radicar la Planilla

Radique el Formulario W-3c PR junto con el Formulario 499R-2c/W-2cPR lo antes posible después de haber descubierto un error en los Formularios 499R-2/W-2PR o 499R-2c/W-2cPR. También, provéales a sus empleados copias del Formulario 499R-2c/W-2cPR lo antes posible.

## 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 entrega 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**

## Radicación Electrónica

La SSA le recomienda a los patronos enviar los Formularios W-3c PR y Formularios 499R-2c/W-2cPR electrónicamente en vez de enviarlos en papel. La SSA provee dos opciones gratuitas para la radicación electrónica en su sitio web *Business Services Online* (Servicios para Empresas por Internet o BSO, por sus siglas en inglés): **W-2c por Internet** y **Subir Registro de Salarios**. Para más información sobre estas dos opciones gratuitas de radicación, vea las instrucciones separadas o visite [www.socialsecurity.gov/employer](http://www.socialsecurity.gov/employer), en inglés.

## Purpose of Form

Use Form W-3c PR to transmit one or more Form(s) 499R-2c/W-2cPR, Corrected Withholding Statement, to the SSA even if you're only filing Form 499R-2c/W-2cPR to correct an employee's name or social security number (SSN). To correct an incorrect tax year and/or employer identification number (EIN) on a previously submitted Form 499R-2/W-2PR or Form W-3PR, file one Form W-3c PR along with a Form 499R-2c/W-2cPR for each affected employee. Enter the tax year and EIN originally reported, and enter in the "Previously reported" boxes the money amounts that were on the original Form 499R-2/W-2PR. In the "Correct information" boxes, enter zeros. Prepare a second Form W-3c PR along with a second Form 499R-2c/W-2cPR for each affected employee. Enter zeros in the "Previously reported" boxes, and enter the correct money amounts in the "Correct information" boxes. Enter the correct tax year and/or correct EIN. See the separate instructions for Forms W-3PR and W-3c PR for more information on completing this form.

## When To File

File Form W-3c PR with Form 499R-2c/W-2cPR as soon as possible after you discover an error on Forms 499R-2/W-2PR or 499R-2c/W-2cPR. Also, provide copies of Forms 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**

## E-Filing

The SSA strongly suggests employers report Form W-3c PR and Forms 499R-2c/W-2cPR electronically instead of on paper. SSA provides two free e-filing options on its Business Services Online (BSO) website: **W-2c Online** and **File Upload**. For more information on these two free filing options, see the separate instructions or visit [www.socialsecurity.gov/employer](http://www.socialsecurity.gov/employer).