

Formulario **944-X (SP): Ajuste a la Declaración Federal ANUAL del Empleador o Reclamación de Reembolso**

(Rev. febrero de 2021)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-2007

Número de identificación del empleador (EIN) -

Nombre (el de usted, no el de su negocio)

Nombre comercial (si existe)

Dirección

Número Calle Número de oficina o habitación

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Nombre del país extranjero Provincia extranjera/condado Código postal extranjero

Declaración que está corrigiendo . . .

Anote el año calendario de la declaración que está corrigiendo:

(AAAA)

Anote la fecha en que descubrió los errores:

/ /
(MM / DD / AAAA)

Lea las instrucciones separadas antes de completar este formulario. Use este formulario para corregir errores que haya hecho en el Formulario 944(SP), Declaración Federal ANUAL de Impuestos del Patrono o Empleador. Use un Formulario 944-X (SP) por separado para cada año que corrija. Escriba a maquina o en letra de molde dentro de las casillas. Usted TIENE que completar las cuatro páginas. No adjunte este formulario al Formulario 944(SP) a menos que esté reclasificando trabajadores; vea las instrucciones para la línea 34.

Parte 1: Escoja SÓLO un proceso. Vea la página 5 para más instrucciones.

- 1. Declaración ajustada del impuesto sobre la nómina.** Marque esta casilla si declaró cantidades de menos. También marque esta casilla si declaró cantidades en exceso y quiere usar el proceso de ajuste para corregir los errores. Tiene que marcar esta casilla si corrige las cantidades declaradas de menos y las cantidades declaradas en exceso en este formulario. La cantidad indicada en la línea 27, si es menos de cero (-0-), sólo puede ser aplicada como crédito a su Formulario 944(SP), Formulario 941 o Formulario 941-PR para el período tributario en el cual usted presenta este formulario.
- 2. Reclamación.** Marque esta casilla si sólo declaró cantidades en exceso y quiere usar el proceso de reclamación para solicitar un reembolso o reducción de la cantidad que aparece en la línea 27. No marque esta casilla si está corrigiendo cantidad ALGUNA declarada de menos en este formulario.

Parte 2: Complete las certificaciones.

- 3. Certifico que he presentado, o presentaré, el Formulario W-2, Wage and Tax Statement (Comprobante de salarios e impuestos), o el Formulario W-2c, Corrected Wage and Tax Statement (Comprobante de salarios e impuestos corregido), tal como se requiere.**

Nota: Si sólo corrige cantidades declaradas de menos, pase a la Parte 3 en la página 2 y omita las líneas 4 y 5. Si está corrigiendo cantidades declaradas en exceso, para propósitos de las certificaciones en las líneas 4 y 5, el impuesto del Medicare no incluye el Impuesto Adicional del Medicare. No use el Formulario 944-X (SP) para corregir cantidades del Impuesto Adicional del Medicare declaradas en exceso a menos que las cantidades no fueron retenidas de los salarios de los empleados.

- 4. Si marcó la línea 1 porque está ajustando el impuesto federal sobre el ingreso, el impuesto del Seguro Social, el impuesto del Medicare, o el Impuesto Adicional del Medicare declarado en exceso, marque todas las casillas que le correspondan.** Tiene que marcar por lo menos una. Certifico que:
 - a.** Le he devuelto o reembolsado a cada empleado afectado el impuesto del Seguro Social y el impuesto del Medicare recaudados en exceso en años anteriores. Tengo una declaración por escrito de cada empleado afectado que afirma que él o ella no ha reclamado (o que la reclamación fue denegada), y no reclamará, un reembolso o crédito por la recaudación en exceso.
 - b.** Los ajustes al impuesto del Seguro Social y al impuesto del Medicare corresponde sólo a la parte del empleador. No pude encontrar a los empleados afectados o no recibí de cada empleado afectado una declaración por escrito que afirma que él o ella no ha reclamado (o que la reclamación fue denegada), y no reclamará, un reembolso o crédito por la recaudación en exceso.
 - c.** El ajuste es para el impuesto federal sobre el ingreso, impuesto del Seguro Social, impuesto del Medicare o Impuesto Adicional del Medicare que no retuve de los salarios del empleado.
- 5. Si marcó la línea 2 porque reclama un reembolso o reducción del impuesto federal sobre el ingreso, del impuesto del Seguro Social, del impuesto del Medicare, o del Impuesto Adicional del Medicare declarado en exceso, marque todas las casillas que le correspondan.** Tiene que marcar por lo menos una. Certifico que:
 - a.** Le he devuelto o reembolsado a cada empleado afectado el impuesto del Seguro Social y el impuesto del Medicare recaudados en exceso en años anteriores. Tengo una declaración por escrito de cada empleado afectado que afirma que él o ella no ha reclamado (o que la reclamación fue denegada), y no reclamará, un reembolso o crédito por la recaudación en exceso.
 - b.** Tengo una autorización por escrito de cada empleado afectado que afirma que yo puedo presentar esta reclamación por la parte correspondiente al empleado del impuesto del Seguro Social y el impuesto del Medicare recaudados en exceso en años anteriores. También tengo una declaración por escrito de cada empleado afectado que afirma que él o ella no ha reclamado (o que la reclamación fue denegada), y no reclamará, un reembolso o crédito por la recaudación en exceso.
 - c.** La reclamación para el impuesto del Seguro Social y el impuesto del Medicare corresponde sólo a la parte del empleador. No pude encontrar a los empleados afectados; no recibí de cada empleado afectado una autorización por escrito para presentar una reclamación por la parte correspondiente al empleado del impuesto del Seguro Social y el impuesto del Medicare; o no recibí de cada empleado afectado una declaración por escrito que afirma que él o ella no ha reclamado (o que la reclamación fue denegada), y no reclamará, un reembolso o crédito por la recaudación en exceso.
 - d.** La reclamación es para el impuesto federal sobre el ingreso, impuesto del Seguro Social, impuesto del Medicare o Impuesto Adicional del Medicare que no retuve de los salarios del empleado.

Siguiente página ▶

Parte 3: Anote las correcciones para el año calendario que está corrigiendo. Si una línea no le corresponde, déjela en blanco.

| | Columna 1 | Columna 2 | Columna 3 | Columna 4 |
|---|---|--|---|---|
| | Total de la cantidad corregida (para TODOS los empleados) | Cantidad declarada originalmente o como se corrigió previamente (para TODOS los empleados) | Diferencia (Si esta cantidad es una cifra negativa, use un signo de menos). | Corrección tributaria |
| 6. Salarios, propinas y otras remuneraciones (línea 1 del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Use la cantidad en la Columna 1 cuando prepare sus Formularios W-2 o W-2c. |
| 7. Impuesto federal sobre el ingreso retenido de salarios, propinas y otras remuneraciones (línea 2 del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Copie la cantidad de la Columna 3 aquí ► <input type="text"/> |
| 8. Salarios sujetos al impuesto del Seguro Social (Columna 1, línea 4a del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | × 0.124* = <input type="text"/> |
| | | | | *Si está corrigiendo solamente la parte correspondiente al empleador, use 0.062. Vea las instrucciones. |
| 9. Salarios de licencia por enfermedad calificados (Columna 1, línea 4a(i) del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | × 0.062 = <input type="text"/> |
| 10. Salarios de licencia familiar calificados (Columna 1, línea 4a(ii) del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | × 0.062 = <input type="text"/> |
| 11. Propinas sujetas al impuesto del Seguro Social (Columna 1, línea 4b del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | × 0.124* = <input type="text"/> |
| | | | | *Si está corrigiendo solamente la parte correspondiente al empleador, use 0.062. Vea las instrucciones. |
| 12. Salarios y propinas sujetos al impuesto del Medicare (Columna 1, línea 4c del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | × 0.029* = <input type="text"/> |
| | | | | *Si está corrigiendo solamente la parte correspondiente al empleador, use 0.0145. Vea las instrucciones. |
| 13. Salarios y propinas sujetos a la retención del Impuesto Adicional del Medicare (Columna 1, línea 4d del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | × 0.009* = <input type="text"/> |
| | | | | *Ciertos salarios y propinas informados en la Columna 3 no se deben multiplicar por 0.009. Vea las instrucciones. |
| 14. Ajustes a los impuestos (línea 6 del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Copie la cantidad de la Columna 3 aquí ► <input type="text"/> |
| 15. Crédito tributario sobre la nómina de pequeños negocios calificados por aumentar las actividades investigativas (línea 8a del Formulario 944(SP); adjunte el Formulario 8974) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Vea las instrucciones <input type="text"/> |
| 16. Porción no reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados (línea 8b del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Vea las instrucciones <input type="text"/> |
| 17. Porción no reembolsable del crédito de retención de empleados (línea 8c del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Vea las instrucciones <input type="text"/> |
| 18. Aportación especial a los salarios para los impuestos federales sobre el ingreso | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Vea las instrucciones <input type="text"/> |
| 19. Aportación especial a los salarios para el impuesto del Seguro Social | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Vea las instrucciones <input type="text"/> |
| 20. Aportación especial a los salarios para los impuestos del Medicare | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Vea las instrucciones <input type="text"/> |

Parte 3: Anote las correcciones para el año calendario que está corrigiendo. Si una línea no le corresponde, déjela en blanco. (continuación)

| | Columna 1 | Columna 2 | Columna 3 | Columna 4 |
|---|---|--|---|-----------------------|
| | Total de la cantidad corregida (para TODOS los empleados) | Cantidad declarada originalmente o como se corrigió previamente (para TODOS los empleados) | Diferencia (Si esta cantidad es una cifra negativa, use un signo de menos). | Corrección tributaria |
| 21. Aportación especial a los salarios para el Impuesto Adicional del Medicare | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <small>Vea las instrucciones</small> | <input type="text"/> |
| 22. Subtotal: Combine las cantidades de la Columna 4 de las líneas 7 a 21 | | | | <input type="text"/> |
| 23. Cantidad diferida de la parte del empleador de los impuestos del Seguro Social (línea 10b del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <small>Vea las instrucciones</small> | <input type="text"/> |
| 24. Cantidad diferida de la parte del empleado del Seguro Social (línea 10c del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <small>Vea las instrucciones</small> | <input type="text"/> |
| 25. Porción reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados (línea 10d del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <small>Vea las instrucciones</small> | <input type="text"/> |
| 26. Porción reembolsable del crédito de retención de empleados (línea 10e del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <small>Vea las instrucciones</small> | <input type="text"/> |
| 27. Total: Combine las cantidades de la Columna 4 de las líneas 22 a 26 | | | | <input type="text"/> |
| Si la cantidad de la línea 27 es menos de cero (-0-): | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Si marcó la casilla de la línea 1, ésta es la cantidad que quiere que se le aplique como crédito en su Formulario 944(SP) para el período tributario en el cual está presentando este formulario. (Si actualmente presenta el Formulario 941 o Formulario 941-PR, vea las instrucciones). • Si marcó la casilla de la línea 2, ésta es la cantidad que quiere que se le reembolse o se le reduzca. | | | | |
| Si la cantidad de la línea 27 es más de cero (-0-), ésta es la cantidad que adeuda. Pague esta cantidad en el momento en que presente esta declaración. Vea Cantidad que adeuda , en las instrucciones, para obtener información sobre cómo se hace el pago. | | | | |
| 28. Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios de licencia por enfermedad calificados (línea 15 del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 29. Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios de licencia familiar calificados (línea 16 del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 30. Salarios calificados para el crédito de retención de empleados (línea 17 del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 31. Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios declarados en la línea 17 (línea 18 del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 32. Crédito de la línea 11 del Formulario 5884-C para el año (línea 19 del Formulario 944(SP)) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Formulario 944-X (SP): ¿Qué proceso debe usar?

SOLAMENTE cantidades declaradas de menos

Use el **proceso de ajuste** para corregir las cantidades declaradas de menos.

- Marque la casilla en la línea 1.
- Pague la cantidad que adeuda en la línea 27 en el momento en que presente el Formulario 944-X (SP).

SOLAMENTE cantidades declaradas en exceso

El proceso que debe usar depende de **cuándo** presente el Formulario 944-X (SP).

Si presenta el Formulario 944-X (SP) MÁS DE 90 días antes de que venza el plazo de prescripción para el crédito o reembolso en el Formulario 944(SP) ...

Escoja cualesquiera de los procesos, el proceso de ajuste o el proceso de reclamación, para corregir las cantidades declaradas en exceso.

Escoja el proceso de ajuste si quiere que la cantidad indicada en la línea 27 le sea acreditada a su Formulario 944(SP), 941 ó 941-PR para el período en el que presentó el Formulario 944-X (SP). Marque la casilla en la línea 1.

O

Escoja el proceso de reclamación si quiere que la cantidad indicada en la línea 27 le sea reembolsada o reducida. Marque la casilla en la línea 2.

Si presenta el Formulario 944-X (SP) DENTRO DE 90 días antes de que venza el plazo de prescripción para el crédito o reembolso en el Formulario 944(SP) ...

Usted tiene que usar el **proceso de reclamación** para corregir las cantidades declaradas en exceso. Marque la casilla en la línea 2.

AMBAS cantidades (las declaradas de menos y las declaradas en exceso)

El proceso que debe usar depende de **cuándo** presente el Formulario 944-X (SP).

Si presenta el Formulario 944-X (SP) MÁS DE 90 días antes de que venza el plazo de prescripción para el crédito o reembolso en el Formulario 944(SP) ...

Escoja cualesquiera de los procesos, el proceso de ajuste o ambos el proceso de ajuste y el proceso de reclamación de reembolso para corregir ambas cantidades (las declaradas de menos y las declaradas en exceso).

Escoja el proceso de ajuste si, al combinar las cantidades declaradas de menos y las declaradas en exceso, resulta un saldo adeudado o crea un crédito que quiere que se le aplique al Formulario 944(SP), 941 ó 941-PR.

- Presente un Formulario 944-X (SP) y
- Marque la casilla en la línea 1 y siga las instrucciones en la línea 27.

O

Escoja ambos procesos (de ajuste y de reclamación) si quiere que la cantidad declarada en exceso le sea reembolsada.

Presente dos formularios por separado.

1. Para el proceso de ajuste, presente un Formulario 944-X (SP) para corregir las cantidades declaradas de menos. Marque la casilla en la línea 1. Pague la cantidad que adeuda que se indica en la línea 27 en el momento en que presente el Formulario 944-X (SP).

2. Para el proceso de reclamación, presente un segundo Formulario 944-X (SP) para corregir las cantidades declaradas en exceso. Marque la casilla en la línea 2.

Si presenta el Formulario 944-X (SP) DENTRO DE 90 días antes de que venza el plazo de prescripción para el crédito o reembolso en el Formulario 944(SP) ...

Usted tiene que usar **ambos procesos (de ajuste y de reclamación)**.

Presente dos formularios por separado.

1. Para el proceso de ajuste, presente un Formulario 944-X (SP) para corregir las cantidades declaradas de menos. Marque la casilla en la línea 1. Pague la cantidad que adeuda que se indica en la línea 27 en el momento en que presente el Formulario 944-X (SP).

2. Para el proceso de reclamación, presente un segundo Formulario 944-X (SP) para corregir las cantidades declaradas en exceso. Marque la casilla en la línea 2.