

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 attached Forms 499R-2c/W-2cPR																																												
f Clase de patrono <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%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> </tr> <tr> <td>Comp. por enferm. de 3ro pagador</td> <td></td> <td>943-PR</td> <td>Empleados del gobierno</td> <td>Sección</td> <td>218</td> <td></td> </tr> <tr> <td>de 3rd-party sick pay</td> <td></td> <td>Agrícola</td> <td>Medicare</td> <td>Section</td> <td>218</td> <td></td> </tr> <tr> <td>patrono</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Agriculture</td> <td>Medicare Govt.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kind of payer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>944(SP)</td> <td>Employees</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>						Comp. por enferm. de 3ro pagador		943-PR	Empleados del gobierno	Sección	218		de 3rd-party sick pay		Agrícola	Medicare	Section	218		patrono	<input type="checkbox"/>	Agriculture	Medicare Govt.				Kind of payer	<input type="checkbox"/>	944(SP)	Employees					<input type="checkbox"/>						d Número del establecimiento Establishment number		
	<input type="checkbox"/>																																													
Comp. por enferm. de 3ro pagador		943-PR	Empleados del gobierno	Sección	218																																									
de 3rd-party sick pay		Agrícola	Medicare	Section	218																																									
patrono	<input type="checkbox"/>	Agriculture	Medicare Govt.																																											
Kind of payer	<input type="checkbox"/>	944(SP)	Employees																																											
	<input type="checkbox"/>																																													
e Número de identificación patronal (EIN) Employer identification number (EIN)		g Para uso interno solamente For internal use only																																												
Complete los encasillados h e i sólo si la información facilitada en su último Formulario W-3PR está incorrecta Complete boxes h and i only if the information shown on your last Form W-3PR is incorrect		h EIN federal declarado originalmente por el patrono Employer's originally reported federal EIN	i Número del establecimiento incorrecto Incorrect establishment number	j Para uso interno solamente For internal use only																																										
Cambios-Changes	Partida Item	Según se informó originalmente Previously 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																																													
	3a Total salarios y propinas Medicare Medicare wages and tips																																													
	3b																																													
	4 Contribución Medicare retenida Medicare tax withheld																																													
	5 Propinas Seguro Social Social Security tips																																													
	6 Contribución al Seguro Social no retenida de propinas Uncol. Soc. Sec. Tax on Tips																																													
7 Contribución al Medicare no retenida de propinas Uncol. Medicare Tax on Tips																																														
Razón-Reason	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? Yes 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 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, 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.