

Acuerdo de Deducción de Nómina

A: (Nombre del empleador y dirección)	Referente a: (Nombre del contribuyente y dirección)
--	--

Nombre de la(s) persona(s) de contacto	Teléfono (incluyendo el código de área)	Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (Contribuyente) (Cónyuge, los cuatro últimos dígitos)
--	---	--

EMPLEADOR—Vea las instrucciones al dorso de la Parte 2. El contribuyente identificado en la parte superior del lado derecho lo nombró como su empleador. Favor de leer y firmar la siguiente declaración para acordar a retener la(s) cantidad(es) de los salarios o jornales del/los contribuyente(s) (empleado(s)), para aplicarlos a los impuestos que adeuda.

Yo consiento en participar en este acuerdo de deducción de nómina y retendré la cantidad mostrada abajo de cada pago de salario o jornal que se le adeude a este empleado. Yo enviaré el dinero al Servicio de Impuestos Internos cada: (Marque una casilla.)

SEMANA
 DOS SEMANAS
 MES
 OTRO (Especifique.) _____

Firma: _____

Título: _____ Fecha: _____

Tipos de impuestos (Números de los formularios)	Períodos tributarios:	Cantidad que adeuda al \$ _____, más todas las multas e intereses provistos por ley.
---	-----------------------	--

Me pagan cada (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique.) _____

Yo estoy de acuerdo que se retenga de mi salario o jornal la cantidad de \$ _____ comenzando el _____ hasta que la obligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminuida de la siguiente manera:

Fecha de aumento (o disminución)	Cantidad de aumento (o disminución)	Nueva cantidad del pago a plazos

Condiciones de este acuerdo—Al completar y presentar este acuerdo, usted (el contribuyente) acepta las siguientes condiciones:

- Usted hará cada pago para que nosotros (el IRS) lo recibamos para la fecha indicada en la parte del frente de este formulario. **Si usted no puede hacer un pago ya establecido, o acumula una deuda adicional, avísenos inmediatamente.**
- Este acuerdo está basado en su condición financiera actual. El acuerdo lo podemos terminar o modificar, si nuestra información muestra que su habilidad de pagar ha cambiado significativamente. Usted debe proporcionarnos información financiera que esté al día cuando se le pida.
- Mientras este acuerdo esté en efecto, usted debe presentar todas las declaraciones de impuestos federales y pagar cualquier impuesto (federal) que usted adeude, oportunamente.
- Nosotros aplicaremos sus reembolsos del impuesto federal o los pagos en exceso (si alguno) a la cantidad que usted adeuda hasta que se pague completamente, incluyendo todo pago de responsabilidad compartida conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Usted debe pagar un cargo administrativo de \$225.00 que nosotros tenemos la autoridad para deducir de sus primeros pagos. Puede que califique para un cargo administrativo reducido de \$43. Vea el Formulario 13844(SP) para las calificaciones e instrucciones.
- Si no cumple con su plan de pago a plazos, usted va a tener que pagar un cargo administrativo de restauración de \$89.00 si se lo restauramos. Nosotros tenemos la autoridad para deducir este cargo de sus primeros pagos después de que el acuerdo se restaure.
- Aplicaremos todos los pagos en este acuerdo en el mejor interés de los Estados Unidos. En general, se aplicará el pago al estatuto de recaudación más antiguo, que normalmente es el año tributario o período tributario más antiguo.
- **Nosotros podemos terminar el plan de pago a plazos si usted:**
 - no hace los pagos del acuerdo como fue acordado.
 - no paga cualquier otra deuda del impuesto federal a la fecha de vencimiento.
 - no provee la información financiera cuando se le pide.
- Si le terminamos el acuerdo, podemos cobrar la cantidad completa que usted adeuda embargando su ingreso, cuentas bancarias u otros activos (bienes), o embargando su propiedad. Usted recibirá un aviso de nosotros antes de la terminación de su acuerdo. EXCEPCIÓN: no podemos cobrar el pago de responsabilidad compartida para las personas mediante un embargo o incautación conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Podemos terminar este acuerdo en cualquier momento si nosotros encontramos que el cobro del impuesto está en peligro.
- Este acuerdo puede que requiera aprobación administrativa. Si el acuerdo es aprobado o no, usted será notificado.
- Podemos presentar un Aviso de Gravamen por Impuesto Federal, si uno no se ha presentado anteriormente, el cual puede afectar negativamente su calificación crediticia, pero no presentaremos un Aviso de Gravamen por Impuesto Federal con respecto al pago de responsabilidad compartida para las personas conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

Condiciones Adicionales (Para ser completado por el IRS)	Nota: Los empleados del IRS pueden ponerse en contacto con terceros para poder tramitar y mantener este acuerdo.
--	---

Su Firma	Título (Si es un socio o funcionario corporativo)	Fecha
----------	---	-------

Firma del cónyuge (Si es una obligación conjunta)	Fecha
---	-------

PARA EL USO EXCLUSIVO DEL IRS:	AGREEMENT LOCATOR NUMBER: _____	Originator's ID #: _____ Originator Code: _____
	Check the appropriate boxes: <input type="checkbox"/> RSI "1" no further review <input type="checkbox"/> Al "0" Not a PPIA <input type="checkbox"/> RSI "5" PPIA IMF 2 year review <input type="checkbox"/> Al "1" Field Asset PPIA <input type="checkbox"/> RSI "6" PPIA BMF 2 year review <input type="checkbox"/> Al "2" All other PPIAs	Name: _____ Title: _____
	Agreement Review Cycle: _____ Earliest CSED: _____ <input type="checkbox"/> Check box if pre-assessed modules included	UN AVISO DE GRAVAMEN POR IMPUESTO FEDERAL (Seleccione uno de los encasillados a continuación) <input type="checkbox"/> YA SE HA PRESENTADO <input type="checkbox"/> SE PRESENTARÁ INMEDIATAMENTE <input type="checkbox"/> SE PRESENTARÁ CUANDO SE DETERMINE EL IMPUESTO <input type="checkbox"/> PODRÍA PRESENTARSE SI NO CUMPLE CON ESTE ACUERDO
	Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función)	Fecha

Acuerdo de Deducción de Nómina

A: (Nombre del empleador y dirección)	Referente a: (Nombre del contribuyente y dirección)
--	--

Nombre de la(s) persona(s) de contacto	Teléfono (incluyendo el código de área)	Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (Contribuyente) (Cónyuge, los cuatro últimos dígitos)
--	---	---

EMPLEADOR—Vea las instrucciones al dorso de la Parte 2. El contribuyente identificado en la parte superior del lado derecho lo nombró como su empleador. Favor de leer y firmar la siguiente declaración para acordar a retener la(s) cantidad(es) de los salarios o jornales del/los contribuyente(s) (empleado(s)), para aplicarlos a los impuestos que adeuda.

Yo consiento en participar en este acuerdo de deducción de nómina y retendré la cantidad mostrada abajo de cada pago de salario o jornal que se le adeude a este empleado. Yo enviaré el dinero al Servicio de Impuestos Internos cada: (Marque una casilla.)

SEMANA
 DOS SEMANAS
 MES
 OTRO (Especifique.) _____

Firma: _____
 Título: _____ Fecha: _____

Su número de teléfono (incluyendo el código de área)
 (Residencia) (Trabajo o negocio)

Para ayuda llame al: **1-800-829-0115** (negocios), o **1-800-829-8374** (Persona física—Trabajador por Cuenta Propia/Dueño de Negocio), o **1-800-829-0922** (Persona Física—Asalariados)

O escriba: _____ **Campus**
 (Ciudad, Estado y Zona Postal)

Institución(es) Financiera(s) (Nombre y dirección)

Tipos de impuestos (Números de los formularios)	Períodos tributarios:	Cantidad que adeuda al _____ \$ _____, más todas las multas e intereses provistos por ley.
---	-----------------------	---

Me pagan cada (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique.) _____

Yo estoy de acuerdo que se retenga de mi salario o jornal la cantidad de \$ _____ comenzando el _____ hasta que la obligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminuida de la siguiente manera:

Fecha de aumento (o disminución)	Cantidad de aumento (o disminución)	Nueva cantidad del pago a plazos

Condiciones de este acuerdo—Al completar y presentar este acuerdo, usted (el contribuyente) acepta las siguientes condiciones:

- Usted hará cada pago para que nosotros (el IRS) lo recibamos para la fecha indicada en la parte del frente de este formulario. **Si usted no puede hacer un pago ya establecido, o acumula una deuda adicional, avisenos inmediatamente.**
- Este acuerdo está basado en su condición financiera actual. El acuerdo lo podemos terminar o modificar, si nuestra información muestra que su habilidad de pagar ha cambiado significativamente. Usted debe proporcionarnos información financiera que esté al día cuando se le pida.
- Mientras este acuerdo esté en efecto, usted debe presentar todas las declaraciones de impuestos federales y pagar cualquier impuesto (federal) que usted adeude, oportunamente.
- Nosotros aplicaremos sus reembolsos del impuesto federal o los pagos en exceso (si alguno) a la cantidad que usted adeuda hasta que se pague completamente, incluyendo todo pago de responsabilidad compartida conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Usted debe pagar un cargo administrativo de \$225.00 que nosotros tenemos la autoridad para deducir de sus primeros pagos. Puede que califique para un cargo administrativo reducido de \$43. Vea el Formulario 13844(SP) para las calificaciones e instrucciones.
- Si no cumple con su plan de pago a plazos, usted va a tener que pagar un cargo administrativo de restauración de \$89.00 si se lo restauramos. Nosotros tenemos la autoridad para deducir este cargo de sus primeros pagos después de que el acuerdo se restaure.
- Aplicaremos todos los pagos en este acuerdo en el mejor interés de los Estados Unidos. En general, se aplicará el pago al estatuto de recaudación más antiguo, que normalmente es el año tributario o período tributario más antiguo.
- **Nosotros podemos terminar el plan de pago a plazos si usted:**
 - no hace los pagos del acuerdo como fue acordado.
 - no paga cualquier otra deuda del impuesto federal a la fecha de vencimiento.
 - no provee la información financiera cuando se le pide.
- Si le terminamos el acuerdo, podemos cobrar la cantidad completa que usted adeuda embargando su ingreso, cuentas bancarias u otros activos (bienes), o embargando su propiedad. Usted recibirá un aviso de nosotros antes de la terminación de su acuerdo. EXCEPCIÓN: no podemos cobrar el pago de responsabilidad compartida para las personas mediante un embargo o incautación conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Podemos terminar este acuerdo en cualquier momento si nosotros encontramos que el cobro del impuesto está en peligro.
- Este acuerdo puede que requiera aprobación administrativa. Si el acuerdo es aprobado o no, usted será notificado.
- Podemos presentar un Aviso de Gravamen por Impuesto Federal, si uno no se ha presentado anteriormente, el cual puede afectar negativamente su calificación crediticia, pero no presentaremos un Aviso de Gravamen por Impuesto Federal con respecto al pago de responsabilidad compartida para las personas conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

Condiciones Adicionales (Para ser completado por el IRS)	Nota: Los empleados del IRS pueden ponerse en contacto con terceros para poder tramitar y mantener este acuerdo.
--	---

Su Firma	Título (Si es un socio o funcionario corporativo)	Fecha
----------	---	-------

Firma del cónyuge (Si es una obligación conjunta)	Fecha
---	-------

PARA EL USO EXCLUSIVO DEL IRS:	AGREEMENT LOCATOR NUMBER: _____	Originator's ID #: _____	Originator Code: _____	
	Check the appropriate boxes: <input type="checkbox"/> RSI "1" no further review <input type="checkbox"/> Al "0" Not a PPIA <input type="checkbox"/> RSI "5" PPIA IMF 2 year review <input type="checkbox"/> Al "1" Field Asset PPIA <input type="checkbox"/> RSI "6" PPIA BMF 2 year review <input type="checkbox"/> Al "2" All other PPIAs	Name: _____ Title: _____		
	Agreement Review Cycle: _____ Earliest CSED: _____ <input type="checkbox"/> Check box if pre-assessed modules included	UN AVISO DE GRAVAMEN POR IMPUESTO FEDERAL (Seleccione uno de los encasillados a continuación)		
	Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función)	<input type="checkbox"/> YA SE HA PRESENTADO <input type="checkbox"/> SE PRESENTARÁ INMEDIATAMENTE <input type="checkbox"/> SE PRESENTARÁ CUANDO SE DETERMINE EL IMPUESTO <input type="checkbox"/> PODRÍA PRESENTARSE SI NO CUMPLE CON ESTE ACUERDO		
		Fecha		

INSTRUCCIONES AL EMPLEADOR

Este acuerdo de deducción de nómina requiere su aprobación. Si usted está de acuerdo en participar, por favor complete los espacios proporcionados bajo la sección del empleador en la parte del frente de este formulario.

QUÉ DEBE HACER

- Escriba el nombre y número de teléfono de una persona de contacto. *(Esto nos permitirá avisarle, si la obligación de su empleado se cumple antes de tiempo.)*
- Indique cuándo usted remitirá los pagos al *IRS*.
- Firme y escriba la fecha en el formulario.
- Después de que usted y su empleado hayan completado y firmado todas las partes del formulario, por favor devuelva las partes del formulario que se solicitaron en la carta que el empleado recibió con el formulario. Use la dirección del *IRS* que se encuentra en la carta que el empleado recibió con el formulario, o la dirección mostrada en la parte del frente del formulario.

CÓMO HACER LOS PAGOS

- Por favor deduzca la cantidad que su empleado acordó con el *IRS* para ser deducida de cada pago de salario o jornal que se le adeude al empleado.
- Haga su cheque pagadero a "*United States Treasury*". Para asegurar el crédito apropiado, favor de escribir el nombre de su empleado y el número del Seguro Social en cada pago.
- Envíe por correo el dinero al *IRS*, a la dirección postal impresa en la carta que vino con el acuerdo. Su empleado debe darle a usted una copia de esta carta. Si no hay ninguna carta, use la dirección del *IRS* que está mostrada en la parte del frente del formulario.

Nota: La cantidad de la obligación mostrada en el formulario, puede que no incluya todas las multas e intereses proveídos por la ley. Por favor continúe haciendo los pagos, a menos que el *IRS* le notifique que la obligación ha sido ya pagada. Cuando la cantidad que debía, como está mostrada en el formulario, es pagada completamente y el *IRS* no le ha notificado que la obligación ha sido pagada, favor de llamar al número de teléfono apropiado, de los que a continuación se indican para solicitar el saldo final pendiente.

Si necesita ayuda, por favor llame al número de teléfono que se encuentra en la carta adjunta con el acuerdo o escriba a la dirección mostrada en la carta. Si no hay ninguna carta, por favor llame al número de teléfono apropiado, de los que a continuación se indican o escríbale al *IRS* a la dirección mostrada en la parte del frente del formulario.

Para ayuda llame al: **1-800-829-0115** (*Negocios*), o
1-800-829-8374 (*Persona física–Trabajador por Cuenta Propia/
Dueño de Negocio*), o
1-800-829-0922 (*Persona Física–Asalariados*)

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Acuerdo de Deducción de Nómina

A: (Nombre del empleador y dirección)	Referente a: (Nombre del contribuyente y dirección)
--	--

Nombre de la(s) persona(s) de contacto	Teléfono (incluyendo el código de área)	Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (Contribuyente) (Cónyuge, los cuatro últimos dígitos)
--	---	---

EMPLEADOR—Vea las instrucciones al dorso de la Parte 2. El contribuyente identificado en la parte superior del lado derecho lo nombró como su empleador. Favor de leer y firmar la siguiente declaración para acordar a retener la(s) cantidad(es) de los salarios o jornales del/los contribuyente(s) (empleado(s)), para aplicarlos a los impuestos que adeuda.

Yo consiento en participar en este acuerdo de deducción de nómina y retendré la cantidad mostrada abajo de cada pago de salario o jornal que se le adeude a este empleado. Yo enviaré el dinero al Servicio de Impuestos Internos cada: (Marque una casilla.)

SEMANA
 DOS SEMANAS
 MES
 OTRO (Especifique.) _____

Firma: _____
 Título: _____ Fecha: _____

Su número de teléfono (incluyendo el código de área)
 (Residencia) (Trabajo o negocio)

Para ayuda llame al: **1-800-829-0115** (negocios), o **1-800-829-8374** (Persona física—Trabajador por Cuenta Propia/Dueño de Negocio), o **1-800-829-0922** (Persona Física—Asalariados)

O escriba: _____ **Campus**
 (Ciudad, Estado y Zona Postal)

Institución(es) Financiera(s) (Nombre y dirección)

Tipos de impuestos (Números de los formularios)	Períodos tributarios:	Cantidad que adeuda al _____ \$ _____, más todas las multas e intereses provistos por ley.
---	-----------------------	---

Me pagan cada (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique.) _____

Yo estoy de acuerdo que se retenga de mi salario o jornal la cantidad de \$ _____ comenzando el _____ hasta que la obligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminuida de la siguiente manera:

Fecha de aumento (o disminución)	Cantidad de aumento (o disminución)	Nueva cantidad del pago a plazos

Condiciones de este acuerdo—Al completar y presentar este acuerdo, usted (el contribuyente) acepta las siguientes condiciones:

- Usted hará cada pago para que nosotros (el IRS) lo recibamos para la fecha indicada en la parte del frente de este formulario. **Si usted no puede hacer un pago ya establecido, o acumula una deuda adicional, avísenos inmediatamente.**
- Este acuerdo está basado en su condición financiera actual. El acuerdo lo podemos terminar o modificar, si nuestra información muestra que su habilidad de pagar ha cambiado significativamente. Usted debe proporcionarnos información financiera que esté al día cuando se le pida.
- Mientras este acuerdo esté en efecto, usted debe presentar todas las declaraciones de impuestos federales y pagar cualquier impuesto (federal) que usted adeude, oportunamente.
- Nosotros aplicaremos sus reembolsos del impuesto federal o los pagos en exceso (si alguno) a la cantidad que usted adeuda hasta que se pague completamente, incluyendo todo pago de responsabilidad compartida conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Usted debe pagar un cargo administrativo de \$225.00 que nosotros tenemos la autoridad para deducir de sus primeros pagos. Puede que califique para un cargo administrativo reducido de \$43. Vea el Formulario 13844(SP) para las calificaciones e instrucciones.
- Si no cumple con su plan de pago a plazos, usted va a tener que pagar un cargo administrativo de restauración de \$89.00 si se lo restauramos. Nosotros tenemos la autoridad para deducir este cargo de sus primeros pagos después de que el acuerdo se restaure.
- Aplicaremos todos los pagos en este acuerdo en el mejor interés de los Estados Unidos. En general, se aplicará el pago al estatuto de recaudación más antiguo, que normalmente es el año tributario o período tributario más antiguo.
- **Nosotros podemos terminar el plan de pago a plazos si usted:**
 - no hace los pagos del acuerdo como fue acordado.
 - no paga cualquier otra deuda del impuesto federal a la fecha de vencimiento.
 - no provee la información financiera cuando se le pide.
- Si le terminamos el acuerdo, podemos cobrar la cantidad completa que usted adeuda embargando su ingreso, cuentas bancarias u otros activos (bienes), o embargando su propiedad. Usted recibirá un aviso de nosotros antes de la terminación de su acuerdo. EXCEPCIÓN: no podemos cobrar el pago de responsabilidad compartida para las personas mediante un embargo o incautación conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Podemos terminar este acuerdo en cualquier momento si nosotros encontramos que el cobro del impuesto está en peligro.
- Este acuerdo puede que requiera aprobación administrativa. Si el acuerdo es aprobado o no, usted será notificado.
- Podemos presentar un Aviso de Gravamen por Impuesto Federal, si uno no se ha presentado anteriormente, el cual puede afectar negativamente su calificación crediticia, pero no presentaremos un Aviso de Gravamen por Impuesto Federal con respecto al pago de responsabilidad compartida para las personas conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

Condiciones Adicionales (Para ser completado por el IRS)	Nota: Los empleados del IRS pueden ponerse en contacto con terceros para poder tramitar y mantener este acuerdo.
--	---

Su Firma	Título (Si es un socio o funcionario corporativo)	Fecha
----------	---	-------

Firma del cónyuge (Si es una obligación conjunta)	Fecha
---	-------

PARA EL USO EXCLUSIVO DEL IRS:	AGREEMENT LOCATOR NUMBER: _____	Originator's ID #: _____ Originator Code: _____
	Check the appropriate boxes: <input type="checkbox"/> RSI "1" no further review <input type="checkbox"/> Al "0" Not a PPIA <input type="checkbox"/> RSI "5" PPIA IMF 2 year review <input type="checkbox"/> Al "1" Field Asset PPIA <input type="checkbox"/> RSI "6" PPIA BMF 2 year review <input type="checkbox"/> Al "2" All other PPIAs	UN AVISO DE GRAVAMEN POR IMPUESTO FEDERAL (Seleccione uno de los encasillados a continuación) <input type="checkbox"/> YA SE HA PRESENTADO <input type="checkbox"/> SE PRESENTARÁ INMEDIATAMENTE <input type="checkbox"/> SE PRESENTARÁ CUANDO SE DETERMINE EL IMPUESTO <input type="checkbox"/> PODRÍA PRESENTARSE SI NO CUMPLE CON ESTE ACUERDO
	Agreement Review Cycle: _____ Earliest CSED: _____ <input type="checkbox"/> Check box if pre-assessed modules included	Name: _____ Title: _____
	Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función)	Fecha

INSTRUCCIONES AL CONTRIBUYENTE

Si este formulario no ha sido completado por un empleado del *IRS*, favor de completar la información en los espacios proveídos en la parte del frente de este formulario para las siguientes partidas:

- El nombre de su empleador y la dirección.
- Su(s) nombre(s) (*más el nombre de su cónyuge si la cantidad que adeuda es sobre una declaración de impuesto conjunta*) y la dirección actual.
- Su número de Seguro Social o número de identificación del empleador. (*Use el número que aparece en el (los) aviso(s) que usted recibió.*) También, escriba los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de su cónyuge si ésta es una obligación conjunta.
- Los números de teléfono de su residencia y del trabajo.
- El nombre completo y la dirección de su(s) institución(es) financiera(s).
- Las clases de impuestos que usted adeuda (*los números de los formularios*) y los períodos tributarios.
- La cantidad que usted adeuda a partir de la fecha en que usted habló con el *IRS*.
- Cuándo le pagan a usted.
- La cantidad que usted acordó se le deduzca de su paga cuando usted habló con el *IRS*.
- La fecha que comienza la deducción.
- La cantidad de cualquier aumento o reducción en la cantidad de deducción, si usted acepta hacer esto con el *IRS*; de otra manera, deje el ESPACIO EN BLANCO.

Después de completarlo, firme (*junto con su cónyuge si ésta es una obligación conjunta*) y escriba la fecha en este formulario, y se lo entrega a su empleador. Si usted recibió el formulario por correo, favor de darle una copia de la carta que vino con él, al empleador.

Su empleador debe marcar la frecuencia del pago en el formulario y firmarlo. Luego, su empleador debe devolver las partes del formulario que se solicitaron en su carta o devolver la Parte 1 del formulario a la dirección mostrada en la casilla "Para ayuda" en la parte del frente del formulario.

Si necesita ayuda, favor de llamar al número de teléfono apropiado, de los que a continuación se indican, o escriba al *IRS* a la dirección mostrada en el formulario. Sin embargo, si usted recibió este acuerdo por correo, por favor llame al número de teléfono que aparece en la carta que vino con él, o escriba al *IRS* a la dirección mostrada en la carta.

Para ayuda llame al: 1-800-829-0115 (*Negocios*) o
1-800-829-8374 (*Persona física–Trabajador por Cuenta Propia/
Dueño de Negocio*) o
1-800-829-0922 (*Persona Física–Asalariados*)

Nota: Este acuerdo **no afectará** su obligación (*si alguna*) para la retención adicional de impuesto sobre intereses y ciertos dividendos conforme a la Ley Pública 98-67, Ley de Cumplimiento sobre Intereses y Dividendos de 1983.