

Plan de Pago a Plazos

(Vea las instrucciones al dorso de esta página)

Nombre y dirección del (los) contribuyente(s)	Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (SSN/EIN) (Contribuyente) _____ (Cónyuge) _____
	Sus números de teléfonos: (incluyendo el código de área) (Residencia) _____ (Trabajo, celular o negocio) _____
	Para ayuda llame al: 1-800-829-0115 (Negocios), o 1-800-829-8374 (Persona física—Dueño de Negocio/Trabajador por Cuenta Propia), o 1-800-829-0922 (Persona física—Asalariados)
<input type="checkbox"/> Presente otro Formulario W-4(SP) a su empleador para aumentar su retención de impuesto.	O escriba: _____ (Ciudad, Estado, y Zona Postal)

Empleador (Nombre, dirección, y número de teléfono) _____

Institución Financiera (Nombre y dirección) _____

Tipos de impuestos (Números de los Formularios)	Períodos tributarios	Cantidad que adeuda al _____ \$ _____
---	----------------------	--

Yo / Nosotros estamos de acuerdo en pagar los impuestos federales mostrados arriba, MAS LAS MULTAS E INTERESES PROVISTOS POR LA LEY, tal como sigue: \$ _____ en _____ y \$ _____ el _____ de cada mes siguiente

Yo / Nosotros también estamos de acuerdo que el plan de pago sea aumentado o disminuido tal como sigue:

Fecha de aumento (o disminución)	Cantidad de aumento (o disminución)	Cantidad nueva del plan de pago

Las condiciones de este acuerdo se proveen en el dorso de esta página. Revíselas con atención, por favor.

Cuando haya revisado todos los términos y cualquier condición adicional, escriba sus iniciales en este encasillado.

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

DÉBITO DIRECTO.—Adjunte un cheque anulado o complete esta parte solamente si escoge hacer sus pagos por débito directo. Lea las instrucciones en el dorso de ésta página.

a. Número de ruta:

b. Número de cuenta:

Yo autorizo, al Departamento del Tesoro Estadounidense y su Agente Financiero designado, para iniciar una entrada de débito (retiro electrónico) ACH mensual a la cuenta de la institución financiera indicada, para el pago de mis impuestos federales que adeudo; y a la institución financiera, a debitar la entrada a esta cuenta. Esta autorización conservará su pleno vigor y efecto hasta que yo notifique al Servicio de Impuestos Internos terminar la autorización. Para revocar el pago, yo debo comunicarme con el Servicio de Impuestos Internos al número de teléfono gratuito indicado arriba, a más tardar 14 días laborables antes de la fecha del pago (acuerdo). Yo también autorizo a las instituciones financieras involucradas en el trámite de los pagos electrónicos de impuestos, para recibir la información confidencial necesaria para contestar preguntas y resolver problemas relacionados con los pagos.

Su firma	Título (Si es funcionario corporativo o socio)	Fecha
Firma del cónyuge (si es una obligación conjunta)		Fecha

PARA EL USO EXCLUSIVO DEL IRS

AGREEMENT LOCATOR NUMBER: _____

Check the appropriate boxes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RSI "1" no further review | <input type="checkbox"/> AI "0" Not a PPIA |
| <input type="checkbox"/> RSI "5" PPIA IMF 2 year review | <input type="checkbox"/> AI "1" Field Asset PPIA |
| <input type="checkbox"/> RSI "6" PPIA BMF 2 year review | <input type="checkbox"/> AI "2" All other PPIAs |

Agreement Review Cycle _____ Earliest CSED _____

Check box if pre-assessed modules included

Originator's ID number _____ Originator Code _____

Name _____ Title _____

UN AVISO DE GRAVAMEN POR IMPUESTO FEDERAL (Seleccione uno de los encasillados a continuación)

- YA SE HA PRESENTADO
- SE PRESENTARÁ INMEDIATAMENTE
- SE PRESENTARÁ CUANDO SE DETERMINE EL IMPUESTO
- PODRÍA PRESENTARSE SI NO CUMPLE CON ESTE ACUERDO

NOTA: NO PRESENTAREMOS UN AVISO DE GRAVAMEN POR IMPUESTO FEDERAL SOBRE CUALQUIER PORCIÓN DE SU DEUDA QUE CORRESPONDA AL PAGO DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA CONFORME A LA LEY DE CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO.

Agreement examined or approved by (Signature, title, function)	Date
--	------

Plan de Pago a Plazos

(Vea las instrucciones al dorso de esta página)

Nombre y dirección del (los) contribuyente(s) _____ _____ _____ _____	Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (SSN/EIN) (Contribuyente) _____ (Cónyuge) _____ Sus números de teléfonos: (incluyendo el código de área) (Residencia) _____ (Trabajo, celular o negocio) _____ Para ayuda llame al: 1-800-829-0115 (Negocios), o 1-800-829-8374 (Persona física—Dueño de Negocio/Trabajador por Cuenta Propia), o 1-800-829-0922 (Persona física—Asalariados) O escriba: _____ (Ciudad, Estado, y Zona Postal)
<input type="checkbox"/> Presente otro Formulario W-4(SP) a su empleador para aumentar su retención de impuesto.	

Empleador (Nombre, dirección, y número de teléfono) _____

Institución Financiera (Nombre y dirección) _____

Tipos de impuestos (Números de los Formularios)	Períodos tributarios	Cantidad que adeuda al _____ \$ _____
---	----------------------	--

Yo / Nosotros estamos de acuerdo en pagar los impuestos federales mostrados arriba, MAS LAS MULTAS E INTERESES PROVISTOS POR LA LEY, tal como sigue:
 \$ _____ en _____ y \$ _____ el _____ de cada mes siguiente

Yo / Nosotros también estamos de acuerdo que el plan de pago sea aumentado o disminuido tal como sigue:

Fecha de aumento (o disminución)	Cantidad de aumento (o disminución)	Cantidad nueva del plan de pago

Las condiciones de este acuerdo se proveen en el dorso de esta página. Revíselas con atención, por favor.

Cuando haya revisado todos los términos y cualquier condición adicional, escriba sus iniciales en este encasillado.

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

DÉBITO DIRECTO.—Adjunte un cheque anulado o complete esta parte solamente si escoge hacer sus pagos por débito directo. Lea las instrucciones en el dorso de ésta página.

a. Número de ruta:

b. Número de cuenta:

Yo autorizo, al Departamento del Tesoro Estadounidense y su Agente Financiero designado, para iniciar una entrada de débito (retiro electrónico) ACH mensual a la cuenta de la institución financiera indicada, para el pago de mis impuestos federales que adeudo; y a la institución financiera, a debitar la entrada a esta cuenta. Esta autorización conservará su pleno vigor y efecto hasta que yo notifique al Servicio de Impuestos Internos terminar la autorización. Para revocar el pago, yo debo comunicarme con el Servicio de Impuestos Internos al número de teléfono gratuito indicado arriba, a más tardar 14 días laborables antes de la fecha del pago (acuerdo). Yo también autorizo a las instituciones financieras involucradas en el trámite de los pagos electrónicos de impuestos, para recibir la información confidencial necesaria para contestar preguntas y resolver problemas relacionados con los pagos.

Su firma	Título (Si es funcionario corporativo o socio)	Fecha
Firma del cónyuge (si es una obligación conjunta)		Fecha

PARA EL USO EXCLUSIVO DEL IRS

AGREEMENT LOCATOR NUMBER: _____

Check the appropriate boxes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RSI "1" no further review | <input type="checkbox"/> AI "0" Not a PPIA |
| <input type="checkbox"/> RSI "5" PPIA IMF 2 year review | <input type="checkbox"/> AI "1" Field Asset PPIA |
| <input type="checkbox"/> RSI "6" PPIA BMF 2 year review | <input type="checkbox"/> AI "2" All other PPIAs |

Agreement Review Cycle _____ Earliest CSED _____

Check box if pre-assessed modules included

Originator's ID number _____ Originator Code _____

Name _____ Title _____

UN AVISO DE GRAVAMEN POR IMPUESTO FEDERAL (Seleccione uno de los encasillados a continuación)

- YA SE HA PRESENTADO
- SE PRESENTARÁ INMEDIATAMENTE
- SE PRESENTARÁ CUANDO SE DETERMINE EL IMPUESTO
- PODRÍA PRESENTARSE SI NO CUMPLE CON ESTE ACUERDO

NOTA: NO PRESENTAREMOS UN AVISO DE GRAVAMEN POR IMPUESTO FEDERAL SOBRE CUALQUIER PORCIÓN DE SU DEUDA QUE CORRESPONDA AL PAGO DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA CONFORME A LA LEY DE CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO.

Agreement examined or approved by (Signature, title, function)	Date

INSTRUCCIONES PARA EL CONTRIBUYENTE

Si no se ha completado por un empleado del IRS, provea la siguiente información en los espacios provistos en la parte del frente de éste formulario:

- Su nombre (*incluyendo el de su cónyuge si presentaron una declaración conjunta*) y la dirección actual;
- Su número de Seguro Social y/o su Número de Identificación del Empleador (*cualquiera que corresponda a la obligación del impuesto*);
- Los números de teléfonos de su residencia, celular o del trabajo/negocio;
- El nombre completo, dirección y número de teléfono de su empleador y su institución financiera;
- La cantidad que usted puede pagar ahora como pago parcial;
- La cantidad que usted puede pagar cada mes (*o la cantidad determinada por el personal del IRS*); y
- La fecha que usted prefiere hacer su pago (*ésta tiene que ser el mismo día todos los meses, desde el 1ro hasta el 28*). Debemos recibir su pago en nuestras oficinas en o antes de esta fecha. Si usted escoge hacer el débito directo, esta es la fecha que usted quiere que su pago sea transferido electrónicamente de su cuenta de la institución financiera.

Revise las condiciones de este acuerdo.

Cuando haya completado este formulario del acuerdo, firme y feche. Luego, devuelva la Parte 1 al IRS a la dirección indicada en la carta adjunta, o la dirección anotada en el encasillado "Para ayuda" en el frente del formulario.

Condiciones de este acuerdo

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

- Este acuerdo permanecerá vigente hasta que sus obligaciones (*incluyendo las multas e intereses*) se paguen por completo, el término del período estatuario para cobrarse haya expirado, o el acuerdo se haya terminado. Usted recibirá un aviso nuestro antes de la terminación de su acuerdo.
- Usted hará cada pago al IRS para que nosotros lo recibamos para la fecha de vencimiento, indicada en el frente de este formulario. **Si no puede hacer un pago fijo, avísenos inmediatamente.**
- Este acuerdo está basado en su condición financiera actual. Nosotros podemos cambiarlo o cancelarlo si nuestra información muestra que su habilidad de pagar ha cambiado considerablemente. Usted debe proveer información financiera actualizada cuando se le solicita.
- Mientras este plan esté vigente, se requiere que todas las declaraciones de impuestos federales sean presentadas y pagadas a tiempo.
- Nosotros aplicaremos sus reembolsos del impuesto federal o el pago en exceso (*si alguno*) a la cantidad completa que adeuda, incluyendo el pago de responsabilidad compartida conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, hasta que se pague totalmente, o el período estatuario para cobrarse haya expirado.
- Usted tiene que pagar un cargo administrativo de \$225, el cual nosotros tenemos la autoridad para deducir de sus primeros pagos. (*\$107 para planes de pagos por Débito Directo*).
- En lugar de los cargos administrativos anteriores, usted tal vez reúne los requisitos para un cargo administrativo reducido de \$43. Vea el Formulario 13844 para los requisitos e instrucciones.
- Si usted no cumple con el plan de pagos, tiene que pagar un cargo de restauración de \$89, si restauramos su plan. Nosotros tenemos la autoridad para deducir este cargo en su primer pago después de que el acuerdo sea restaurado.
- Nosotros aplicaremos todos los pagos de este plan en el mejor interés de los Estados Unidos. Generalmente aplicamos el pago al cobro estatuario que más tiempo tiene, que suele ser el año o período tributario que más tiempo tiene.
- **Nosotros podemos cancelar su plan de pagos si:**
 - no hace los pagos mensuales del plan como fue acordado.
 - no paga otra deuda del impuesto federal para la fecha de vencimiento.
 - no proporciona la información financiera cuando se le solicite.
- Si le cancelamos su plan, nosotros podemos cobrar la cantidad completa que usted adeuda, EXCEPTO el pago de responsabilidad compartida para las personas conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, embargando su ingreso, cuentas bancarias u otros bienes, o confiscando su propiedad.
- Nosotros podemos cancelar este plan en cualquier momento si encontramos que el cobro del impuesto está en riesgo.
- Este plan puede requerir la aprobación de un supervisor. Le notificaremos cuando nosotros aprobemos o no aprobemos el acuerdo.
- 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.

CÓMO PAGAR POR DÉBITO DIRECTO

En lugar de enviarnos un cheque, usted puede pagar por débito directo (*retiro electrónico*) de su cuenta de cheques a una institución financiera (*como un banco, fondo mutuo, empresa de corretaje, o cooperativa de crédito*). Para hacer esto, complete las Líneas a y b. Comuníquese con su institución financiera para verificar si permite un débito directo y para conseguir los números correctos de ruta y de cuenta.

Línea a. Los primeros dos dígitos del número de ruta deben ser 01 hasta el 12 ó 21 al 32. No use un talonario de depósito para verificar el número, porque puede contener números internos de la asignación de ruta que no es parte del número de ruta actual.

Línea b. El número de cuenta puede ser de hasta 17 caracteres. Incluya los guiones pero omita los espacios y los símbolos especiales. Escriba el número de izquierda a derecha y deje en blanco las casillas sin usar.

LISTA DE CONTROL PARA HACER LOS PAGOS A PLAZOS:

1. Escriba su número de Seguro Social o su Número de Identificación del Empleador en cada pago.
2. Haga el cheque o giro pagadero a "United States Treasury".
3. Haga cada pago en una cantidad por lo menos igual a la que está especificada en este plan.
4. No haga un pago doble para así evitar el próximo pago sin avisarnos primero.
5. Incluya una copia del aviso de recordatorio, si usted recibió uno, con cada pago usando el sobre que le incluimos. Haga su pago aunque no reciba un aviso de recordatorio. Escriba el tipo de impuesto, período tributario y las palabras "Installment Agreement" en su pago. Por ejemplo: "1040, 12/31/2014 Installment Agreement". Usted debe elegir el período de impuesto pendiente más antiguo de su acuerdo. Envíe el pago a la dirección del IRS indicada en la parte del frente de este formulario.
6. Si no recibió un sobre, llame al número que se encuentra en la parte de abajo.

Este plan no afectará su obligación (*si alguna*) para la retención adicional de impuesto bajo la Ley Pública 98-67, "Ley de Cumplimiento sobre Intereses y Dividendos de 1983".

¿PREGUNTAS? —Si tiene preguntas acerca del proceso del débito directo o de cómo completar este formulario, llame al número de teléfono que le aplique.

NOTA: Si no puede hacer sus pagos mensuales o si acumula deudas adicionales, por favor comuníquese con nosotros inmediatamente.

1-800-829-0115 (*Negocios*), o

1-800-829-8374 (*Persona física—Dueño de Negocio/Trabajador por Cuenta Propia*), o

1-800-829-0922 (*Persona física—Asalariados*)