

September 29, 2021

Tax Year 2021  
943-PR MeF ATS Scenario 8  
Wildflower Plant Farms  
00-3902345

This information below identifies the contents of this scenario:

- Form 943-PR

This return results in an overpayment and to send a refund This is the most current copy of Form 943-PR available at this time.

# Planilla para la Declaración Anual de la Contribución Federal del Patrono de Empleados Agrícolas

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

► Visite [www.irs.gov/Form943PR](http://www.irs.gov/Form943PR) para obtener las instrucciones y la información más reciente.

**2021**

**Escriba a Maquinilla o en Letra de Molde**

|   |  |
|---|--|
| Nombre (el de usted, no el del negocio)<br><b>Wildflower Plant Farm</b>   | Número de identificación patronal (EIN)<br><b>00-3902345</b> |
| Nombre comercial, si existe   |  |
| Dirección (calle y número)<br><b>2nd Test Street</b>  |  |
| Ciudad o pueblo, estado o provincia, país y código postal (ZIP) o código postal extranjero<br><b>San Juan, PR 00907</b> |  |

Si su dirección no es la misma que apareció en su planilla anterior, marque esta casilla

Si no tiene que radicar esta planilla en el futuro, marque esta casilla

|            |   |            |           |
|------------|---|------------|-----------|
| <b>1</b>   | Número de empleados agrícolas durante el período de nómina que incluye el 12 de marzo de 2021   | <b>1</b>   | <b>4</b>  |
| <b>2</b>   | Salarios sujetos a la contribución al Seguro Social*  | <b>2</b>   | <b>31</b> |
| <b>a</b>   | Salarios de licencia por enfermedad calificados*  | <b>2a</b>  |           |
| <b>b</b>   | Salarios de licencia familiar calificados*  | <b>2b</b>  |           |
| <b>3</b>   | Contribución al Seguro Social (multiplique la línea <b>2</b> por 12.4% (0.124))   | <b>3</b>   | <b>31</b> |
| <b>a</b>   | Contribución al Seguro Social por los salarios de licencia por enfermedad calificados (multiplique la línea <b>2a</b> por 6.2% (0.062))                       | <b>3a</b>  |           |
| <b>b</b>   | Contribución al Seguro Social por los salarios de licencia familiar calificados (multiplique la línea <b>2b</b> por 6.2% (0.062))                             | <b>3b</b>  |           |
| <b>4</b>   | Salarios sujetos a la contribución al Medicare  | <b>4</b>   | <b>31</b> |
| <b>5</b>   | Contribución al Medicare (multiplique la línea <b>4</b> por 2.9% (0.029))   | <b>5</b>   | <b>61</b> |
| <b>6</b>   | Salarios sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare  | <b>6</b>   |           |
| <b>7</b>   | Retención de la Contribución Adicional al Medicare (multiplique la línea <b>6</b> por 0.9% (0.009))   | <b>7</b>   |           |
| <b>8</b>   |   |            |           |
| <b>9</b>   | Total de contribuciones antes de los ajustes. Sume las líneas <b>3, 3a, 3b, 5 y 7</b>   | <b>9</b>   | <b>92</b> |
| <b>10</b>  | Ajustes del año en curso  | <b>10</b>  |           |
| <b>11</b>  | Total de las contribuciones después de los ajustes (la línea <b>9</b> según ajustada por la línea <b>10</b> )   | <b>11</b>  | <b>92</b> |
| <b>12a</b> | Crédito contributivo sobre la nómina de pequeños negocios calificados por aumentar las actividades investigativas. Adjunte el Formulario 8974                 | <b>12a</b> |           |
| <b>b</b>   | Porción no reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021    | <b>12b</b> |           |
| <b>c</b>   | Porción no reembolsable del crédito de retención de empleados   | <b>12c</b> |           |
| <b>d</b>   | Porción no reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 | <b>12d</b> |           |
| <b>e</b>   | Porción no reembolsable del crédito de asistencia para las primas de COBRA  | <b>12e</b> |           |
| <b>f</b>   | Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA   |            |           |
| <b>g</b>   | Total de créditos no reembolsables. Sume las líneas <b>12a, 12b, 12c, 12d y 12e</b>   | <b>12g</b> |           |
| <b>13</b>  | Total de las contribuciones después de los ajustes y créditos no reembolsables. Reste la línea <b>12g</b> de la línea <b>11</b>                               | <b>13</b>  | <b>92</b> |

\*Incluya en la línea **2** los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados sujetos a contribución por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021. Use las líneas **2a** y **2b** sólo para declarar los salarios pagados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021.

**TIENE que completar las tres páginas del Formulario 943-PR y luego FIRMARLO.**

Página siguiente ►

|            |   |            |       |    |
|------------|---|------------|-------|----|
| <b>14a</b> | Total de depósitos hechos en 2021, incluyendo todo exceso pagado y aplicado de un año anterior y cantidad pagada en exceso aplicada del Formulario 943-X (PR) | <b>14a</b> | 8,710 | 08 |
| <b>b</b>   | Reservada para uso futuro   | <b>14b</b> |       |    |
| <b>c</b>   | Reservada para uso futuro   | <b>14c</b> |       |    |
| <b>d</b>   | Porción reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021       | <b>14d</b> |       |    |
| <b>e</b>   | Porción reembolsable del crédito de retención de empleados  | <b>14e</b> |       |    |
| <b>f</b>   | Porción reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021    | <b>14f</b> |       |    |
| <b>g</b>   | Porción reembolsable del crédito de asistencia para las primas de COBRA   | <b>14g</b> |       |    |
| <b>h</b>   | Total de depósitos y créditos reembolsables. Sume las líneas <b>14a, 14d, 14e, 14f y 14g</b>  | <b>14h</b> | 8,710 | 08 |
| <b>i</b>   | Total de anticipos recibidos por la radicación del (de los) Formulario(s) 7200(SP) para el año  | <b>14i</b> |       |    |
| <b>j</b>   | Total de depósitos y créditos reembolsables menos anticipos. Reste la línea <b>14i</b> de la línea <b>14h</b>   | <b>14j</b> | 8,710 | 08 |
| <b>15</b>  | <b>Saldo adeudado.</b> Si la línea <b>13</b> es mayor que la línea <b>14j</b> , anote la diferencia y vea las instrucciones ▶                                 | <b>15</b>  |       |    |
| <b>16</b>  | <b>Cantidad pagada en exceso.</b> Si la línea <b>14j</b> es mayor que la línea <b>13</b> , anote la diferencia ▶  | <b>16</b>  | 202   | 08 |

Marque uno:  Aplíquese a la próxima planilla.  Envíe un reembolso.

- **Todos los contribuyentes:** Si la línea **13** es menos de \$2,500, **no complete** la línea **17** ni el Formulario 943A-PR.
- **Depositantes de itinerario bisemanal:** Complete el Formulario 943A-PR y marque aquí  ▶
- **Depositantes de itinerario mensual:** Complete la línea **17** y marque aquí  ▶

|   |                                     |    |                               |                                     |    |  |                                     |    |  |
|---|-------------------------------------|----|-------------------------------|-------------------------------------|----|--|-------------------------------------|----|--|
| <b>17 Registro Mensual de la Obligación Contributiva Federal. (No lo complete si es depositante de itinerario bisemanal).</b> |                                     |    |                               |                                     |    |  |                                     |    |  |
|   | Obligación contributiva para el mes |    |                               | Obligación contributiva para el mes |    |  | Obligación contributiva para el mes |    |  |
| <b>A</b> enero . . . . .  | 737                                 | 62 | <b>F</b> junio . . . . .      | 836                                 | 29 | <b>K</b> noviembre . . . . .   | 689                                 | 93 |  |
| <b>B</b> febrero . . . . .  | 165                                 | 68 | <b>G</b> julio . . . . .      | 807                                 | 22 | <b>L</b> diciembre . . . . .   | 1,186                               | 83 |  |
| <b>C</b> marzo . . . . .  | 602                                 | 96 | <b>H</b> agosto . . . . .     | 480                                 | 03 | <b>M</b> Obligación total para el año (sume las líneas <b>A</b> a <b>L</b> ) . . . . . | 8,507                               | 92 |  |
| <b>D</b> abril . . . . .  | 571                                 | 07 | <b>I</b> septiembre . . . . . | 735                                 | 06 |  |                                     |    |  |
| <b>E</b> mayo . . . . .   | 711                                 | 77 | <b>J</b> octubre . . . . .    | 983                                 | 46 |  |                                     |    |  |

|           |   |           |  |  |
|-----------|---|-----------|--|--|
| <b>18</b> | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021 | <b>18</b> |  |  |
| <b>19</b> | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia familiar calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021       | <b>19</b> |  |  |
| <b>20</b> | Salarios calificados para el crédito de retención de empleados  | <b>20</b> |  |  |
| <b>21</b> | Gastos calificados del plan de salud para el crédito de retención de empleados.   | <b>21</b> |  |  |

**TIENE que completar las tres páginas del Formulario 943-PR y luego FIRMARLO.**

Página siguiente ▶

|           |  |           |  |  |
|-----------|--|-----------|--|--|
| <b>22</b> | Salarios de licencia por enfermedad calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021   | <b>22</b> |  |  |
| <b>23</b> | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados declarados en la línea <b>22</b>   | <b>23</b> |  |  |
| <b>24</b> | Cantidades de ciertos acuerdos de negociación colectiva asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados declarados en la línea <b>22</b>  | <b>24</b> |  |  |
| <b>25</b> | Salarios de licencia familiar calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021   | <b>25</b> |  |  |
| <b>26</b> | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia familiar calificados declarados en la línea <b>25</b>   | <b>26</b> |  |  |
| <b>27</b> | Cantidades de ciertos acuerdos de negociación colectiva asignables a los salarios de licencia familiar calificados declarados en la línea <b>25</b>  | <b>27</b> |  |  |
| <b>28</b> | Si es elegible para el crédito de retención de empleados en el tercer trimestre únicamente porque su negocio es un startup (negocio emergente) en recuperación, anote cualquier cantidad del tercer trimestre que se incluye en las líneas <b>12c</b> y <b>14e</b> | <b>28</b> |  |  |
| <b>29</b> | Si es elegible para el crédito de retención de empleados en el cuarto trimestre únicamente porque su negocio es un startup (negocio emergente) en recuperación, anote cualquier cantidad del cuarto trimestre que se incluye en las líneas <b>12c</b> y <b>14e</b> | <b>29</b> |  |  |

**Tercero Autorizado** ¿Desea permitir que otra persona hable sobre esta planilla con el *IRS*? Vea las instrucciones.  **Sí**. Complete lo siguiente.  **No**.

|                                 |                             |  |                      |                      |                      |                      |                      |
|---------------------------------|-----------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Nombre de esta persona ▶</b> | <b>Número de teléfono ▶</b> | <b>Número de identificación personal (PIN) ▶</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|---------------------------------|-----------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

**Firme Aquí** Bajo pena de perjurio, afirmo que he examinado esta planilla, incluyendo todos los anexos y declaraciones adjuntos, y que, a mi leal saber y entender, es verídica, correcta y completa. La declaración del preparador (que no sea el contribuyente) está basada en toda información de la cual el preparador tiene conocimiento.

**Firma ▶** **Escriba su nombre y cargo ▶** **Fecha ▶**

|   |   |                            |       |   |
|---|---|----------------------------|-------|---|
| <b>Para Uso Exclusivo Del Preparador Remunerado</b> | Escriba a máquina o con letra de molde el nombre del preparador | Firma del preparador       | Fecha | Marque aquí <input type="checkbox"/> si el preparador trabaja por cuenta propia <i>PTIN</i> |
|   | <b>Nombre de la empresa ▶</b>                                   | <b>EIN de la empresa ▶</b> |       |   |
|   | <b>Dirección de la empresa ▶</b>                                | <b>Núm. de teléfono</b>    |       |   |