August 19, 2020

Tax Year 2020
941-PR MeF ATS Scenario 8
Rose Wildflower Inc
00-3444444

Forms Included in Scenario 8

- Form 941-PR
- Schedule B

The return is for a Corporation with no balance due or overpayment. This return uses the Practitioner Pin Signature Method.

These are the current forms available.

Formulario **941-PR para 2020: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono**

(Rev. abril de 2020) Department of the Treasury — Internal Revenue Service OMB No. 1545-0029

Número de identificación patronal *(EIN)* 0 0 – 3 4 4 4 4 4 4

Nombre (el de usted, no el de su negocio) Rose Wildflower Inc

Nombre comercial (si alguno)

Dirección 9th Test Street
Número Calle Número de oficina o de habitación

APO (Ciudad) AA (Estado) 34011 (Código postal *(ZIP)*)

Nombre del país extranjero Provincia extranjera/condado Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2020. (Marque uno).

- [ ] **1:** enero, febrero, marzo
- [x] **2:** abril, mayo, junio
- [ ] **3:** julio, agosto, septiembre
- [ ] **4:** octubre, noviembre, diciembre

Visite *www.irs.gov/Form941PR* para obtener las instrucciones y la información más reciente.

Lea las instrucciones por separado antes de completar el Formulario 941-PR. Escriba a maquinilla o en letra de molde dentro de los encasillados.

Parte 1: Conteste las preguntas a continuación para este trimestre.

1	**Número de empleados que recibieron salarios, propinas u otras remuneraciones durante el período de pago que incluye: el 12 de junio (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre)**			1	8
2					
3					
4	**Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están sujetos a las contribuciones al Seguro Social y al *Medicare***				☐ Marque aquí y pase a la línea **6.**
		Columna 1		**Columna 2**	
5a	**Salarios sujetos a la contribución al Seguro Social**	76,442 . 17	× 0.124 =	.	
5a	**(i) Salarios de licencia por enfermedad calificados**	.	× 0.062 =	.	
5a	**(ii) Salarios de licencia familiar calificados**	.	× 0.062 =	.	
5b	**Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social**	.	× 0.124 =	.	
5c	**Salarios y propinas sujetos a la contribución al *Medicare***	76,442 . 17	× 0.029 =	.	
5d	**Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al *Medicare***	.	× 0.009 =	.	
5e	**Total de contribuciones al Seguro Social y al *Medicare.*** Sume la Columna 2 de las líneas **5a**, **5a(i)**, **5a(ii)**, **5b**, **5c** y **5d**.			5e	.
5f	**Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas** (vea las instrucciones)			5f	.
6	**Total de contribuciones antes de ajustes.** Sume las líneas **5e** y **5f**			6	.
7	**Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual**			7	.
8	**Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual**			8	.
9	**Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual**			9	.
10	**Total de contribuciones después de considerar los ajustes.** Combine las líneas **6** a **9**			10	.
11a	**Crédito contributivo sobre la nómina de pequeños negocios calificados por aumentar las actividades investigativas.** Adjunte el Formulario 8974			11a	.
11b	**Porción no reembolsable del crédito por los salarios de licencia de enfermedad y familiar calificados de la Hoja de Trabajo 1**			11b	.
11c	**Porción no reembolsable del crédito de retención de empleados de la Hoja de Trabajo 1**			11c	.

▶ **TIENE** que completar las tres páginas del Formulario 941-PR y luego **FIRMARLO.**

Página siguiente ▶

Nombre (el de usted, no el de su negocio)	**Número de identificación patronal *(EIN)***
Rose Wildflower Inc	00-3444444

Parte 1: **Conteste las preguntas a continuación para este trimestre.** *(continuación)*

11d	**Total de créditos no reembolsables.** Sume las líneas **11a**, **11b** y **11c**	**11d**	
12	**Total de contribuciones después de considerar los ajustes y créditos no reembolsables.** Reste la línea **11d** de la línea **10**	**12**	
13a	**Total de depósitos para este trimestre, incluyendo toda cantidad pagada en exceso aplicada de un trimestre anterior, y toda cantidad pagada en exceso aplicada del Formulario 941-X (PR), 941-X, 944-X (SP) o 944-X radicado en el trimestre en curso**	**13a**	11,695 . 65
13b	**Cantidad diferida de la parte del patrono de la contribución al Seguro Social**	**13b**	
13c	**Porción reembolsable del crédito por los salarios de licencia de enfermedad y familiar calificados de la Hoja de Trabajo 1**	**13c**	
13d	**Porción reembolsable del crédito de retención de empleados de la Hoja de Trabajo 1**	**13d**	
13e	**Total de depósitos, cantidades diferidas y créditos reembolsables.** Sume las líneas **13a**, **13b**, **13c** y **13d**	**13e**	11,695 . 65
13f	**Total de anticipos recibidos por la radicación del (de los) Formulario(s) 7200(SP) para el trimestre**	**13f**	
13g	**Total de depósitos, cantidades diferidas y créditos reembolsables menos anticipos.** Reste la línea **13f** de la línea **13e**	**13g**	11,695 . 65
14	**Saldo adeudado.** Si la línea **12** es mayor que la línea **13g,** anote la diferencia y vea las instrucciones	**14**	

15 **Contribución pagada en exceso.** Si la línea **13g** es mayor que la línea **12,** anote la diferencia

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

Parte 2: **Infórmenos sobre su itinerario de depósitos y obligación contributiva para este trimestre.**

Si no está seguro de si es depositante de itinerario mensual o de itinerario bisemanal, vea el apartado 11 de la Pub. 179.

16 **Marque uno:**

☐ **La línea 12 de esta planilla es menos de $2,500 o la línea 12 de la planilla del trimestre anterior es menos de $2,500 y usted no tuvo una obligación de depositar $100,000 el próximo día durante el trimestre en curso.** Si la línea **12** del trimestre anterior era menos de $2,500 pero la línea **12** de la planilla en curso es $100,000 o más, usted tiene que proveer un registro de su obligación contributiva. Si es depositante de itinerario mensual, complete el itinerario de depósitos, a continuación; si es depositante de itinerario bisemanal, adjunte el Anexo B (Formulario 941-PR). Pase a la Parte 3.

☐ **Era depositante de itinerario mensual para todo el trimestre.** Anote la obligación contributiva para cada mes y la obligación contributiva para el trimestre; luego, pase a la Parte 3.

Obligación contributiva:	
Mes 1	
Mes 2	
Mes 3	
Total para el trimestre	

El total tiene que ser igual a la línea 12.

☒ **Era depositante de itinerario bisemanal durante cualquier parte de este trimestre.** Complete el Anexo B (Formulario 941-PR), Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bisemanal, y adjúntelo al Formulario 941-PR. Pase a la Parte 3.

▶ **TIENE** que completar las tres páginas del Formulario 941-PR y luego **FIRMARLO.**

Página siguiente ▶

Nombre (el de usted, no el de su negocio)	Número de identificación patronal *(EIN)*
Rose Wildflower Inc	00-3444444

Parte 3: **Infórmenos sobre su negocio. Si cualquiera de las preguntas NO corresponde a su negocio, déjela en blanco.**

17 **Si su negocio ha dejado de operar o si usted ha dejado de pagar salarios** . . . . . ☐ Marque aquí y anote la última fecha en la que pagó salarios / / ; también adjunte una declaración a su planilla. Vea las instrucciones.

18 **Si es patrono estacional y no tiene que radicar planillas para cada trimestre del año** . . . . . ☐ Marque aquí.

19	**Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios de licencia por enfermedad calificados**	19	.
20	**Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios de licencia familiar calificados**	20	.
21	**Salarios calificados para el crédito de retención de empleados**	21	.
22	**Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios declarados en la línea 21**	22	.
23	**Crédito de la línea 11 del Formulario 5884-C para este trimestre**	23	.
24	**Salarios calificados pagados del 13 de marzo al 31 de marzo de 2020 para el crédito de retención de empleados (utilice esta línea sólo para la radicación en el segundo trimestre del Formulario 941-PR)**	24	.
25	**Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios declarados en la línea 24 (utilice esta línea sólo para la radicación en el segundo trimestre del Formulario 941-PR)**	25	.

Parte 4: **¿Podemos comunicarnos con su tercero autorizado?**

¿Desea permitir que un empleado, preparador remunerado u otra persona hable sobre esta planilla con el *IRS*? Vea las instrucciones para más detalles.

☒ Sí. Nombre y núm. de teléfono del tercero designado: Periwinkle Grey — 111-222-3333

Seleccione un número de identificación personal *(PIN)* de 5 dígitos que usará al hablar con el *IRS*. 1 2 3 4 5

☐ No.

Parte 5: **Firme aquí. TIENE que completar las tres páginas del Formulario 941-PR y luego FIRMARLO.**

Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla, incluyendo los anexos e informes 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 tenga conocimiento.

X **Firme su nombre aquí**

Escriba su nombre en letra de molde aquí

Escriba su cargo en letra de molde aquí

Fecha / /

Mejor núm. de teléfono donde llamarlo durante el día

Para uso exclusivo del preparador remunerado — Marque si usted trabaja por cuenta propia . . . . ☐

Nombre del preparador		*PTIN*	
Firma del preparador		Fecha	/ /
Nombre de la empresa (o el suyo, si trabaja por cuenta propia)		*EIN*	
Dirección		Núm. de teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal *(ZIP)*	

960311

Schedule B (Form 941):

Report of Tax Liability for Semiweekly Schedule Depositors

(Rev. January 2017) Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0029

Employer identification number (EIN) 0 0 – 3 4 4 4 4 4 4

Name *(not your trade name)* Rose Wildflower Inc

Calendar year 2 0 2 0 (Also check quarter)

Report for this Quarter...
(Check one.)

- ☐ **1:** January, February, March
- ☒ **2:** April, May, June
- ☐ **3:** July, August, September
- ☐ **4:** October, November, December

Use this schedule to show your TAX LIABILITY for the quarter; don't use it to show your deposits. When you file this form with Form 941 or Form 941-SS, don't change your tax liability by adjustments reported on any Forms 941-X or 944-X. You must fill out this form and attach it to Form 941 or Form 941-SS if you're a semiweekly schedule depositor or became one because your accumulated tax liability on any day was $100,000 or more. Write your daily tax liability on the numbered space that corresponds to the date wages were paid. See Section 11 in Pub. 15 for details.

Month 1

1		9		17		25	
2		10		18		26	
3		11		19		27	
4		12		20		28	
5		13		21		29	
6		14		22		30	1,958 . 06
7		15	1,861 . 46	23		31	
8		16		24			

Tax liability for Month 1 3,819 . 52

Month 2

1		9		17		25	
2		10		18		26	
3		11		19		27	
4		12		20		28	
5		13		21		29	1,833 . 82
6		14		22		30	
7		15	1,950 . 38	23		31	
8		16		24			

Tax liability for Month 2 3,784 . 20

Month 3

1		9		17		25	
2		10		18		26	
3		11		19		27	
4		12		20		28	
5		13		21		29	
6		14		22		30	2,062 . 29
7		15	2,029 . 64	23		31	
8		16		24			

Tax liability for Month 3 4,091 . 93

Fill in your total liability for the quarter (Month 1 + Month 2 + Month 3) ▶

Total must equal line 12 on Form 941 or Form 941-SS.

Total liability for the quarter 11,695 . 65