

December 4, 2020

Tax Year 2020
943-PR MeF ATS Scenario 8
Wildflower Plant Farm
00-3902345

The 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 para obtener las instrucciones y la información más reciente.

2020

Escriba a Maquinilla o en Letra de Molde

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

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

1	Número de empleados agrícolas durante el período de nómina que incluye el 12 de marzo de 2020		1					
2	Salarios sujetos a la contribución al Seguro Social	2	55,607	31				
a	Salarios de licencia por enfermedad calificados	2a						
b	Salarios de licencia familiar calificados	2b						
3	Contribución al Seguro Social (multiplique la línea 2 por el 12.4% (0.124))				3			
a	Contribución al Seguro Social por los salarios de licencia por enfermedad calificados (multiplique la línea 2a por el 6.2% (0.062))				3a			
b	Contribución al Seguro Social por los salarios de licencia familiar calificados (multiplique la línea 2b por el 6.2% (0.062))				3b			
4	Salarios sujetos a la contribución al Medicare	4	55,607	31				
5	Contribución al Medicare (multiplique la línea 4 por el 2.9% (0.029))				5			
6	Salarios sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	6						
7	Retención de la Contribución Adicional al Medicare (multiplique la línea 6 por el 0.9% (0.009))				7			
8								
9	Total de contribuciones antes de los ajustes. Sume las líneas 3, 3a, 3b, 5 y 7				9	8,507	92	
10	Ajustes del año en curso				10			
11	Total de las contribuciones después de considerar los ajustes (la línea 9 según ajustada por la línea 10)				11	8,507	92	
12a	Crédito contributivo sobre la nómina de pequeños negocios calificados por aumentar las actividades investigativas. Adjunte el Formulario 8974				12a			
b	Porción no reembolsable del crédito por los salarios de licencia de enfermedad y familiar calificados de la Hoja de Trabajo 1.				12b			
c	Porción no reembolsable del crédito de retención de empleados de la Hoja de Trabajo 1.				12c			
d	Total de créditos no reembolsables. Sume las líneas 12a, 12b y 12c				12d	0		
13	Total de las contribuciones después de considerar los ajustes y créditos no reembolsables. Reste la línea 12d de la línea 11 .				13	8,507	92	
14a	Total de depósitos hechos en 2020, incluyendo todo exceso pagado y aplicado de un año anterior y cantidad pagada en exceso aplicada del Formulario 943-X (PR)				14a	8,710	08	
b	Cantidad diferida de la parte del patrono de la contribución al Seguro Social.				14b			
c	Cantidad diferida de la parte del empleado de la contribución al Seguro Social				14c			
d	Porción reembolsable del crédito por los salarios de licencia de enfermedad y familiar calificados de la Hoja de Trabajo 1				14d			
e	Porción reembolsable del crédito de retención de empleados de la Hoja de Trabajo 1				14e			
f	Total de depósitos, cantidades diferidas y créditos reembolsables. Sume las líneas 14a, 14b, 14c, 14d y 14e				14f			
g	Total de anticipos recibidos por la radicación del (de los) Formulario(s) 7200(SP) para el año				14g			
h	Total de depósitos, cantidades diferidas y créditos reembolsables menos anticipos. Reste la línea 14g de la línea 14f				14h	8,710	08	

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

Página siguiente ▶

15 Saldo adeudado. Si la línea 13 es mayor que la línea 14h, anote la diferencia y vea las instrucciones ▶	15		
16 Cantidad pagada en exceso. Si la línea 14h es mayor que la línea 13, anote la diferencia . . . ▶	16		
Marque uno: <input type="checkbox"/> Aplíquese a la próxima planilla. <input checked="" type="checkbox"/> 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

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

18 Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios de licencia por enfermedad calificados	18		
19 Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios de licencia familiar calificados	19		
20 Salarios calificados para el crédito de retención de empleados	20		
21 Gastos calificados del plan de salud asignados a los salarios declarados en la línea 20	21		
22 Crédito de la línea 11 del Formulario 5884-C para el año	22		

Tercero Autorizado	¿Desea permitir que otra persona hable sobre esta planilla con el IRS? (Vea las instrucciones) <input type="checkbox"/> Sí. Complete lo siguiente. <input type="checkbox"/> No.			
	Nombre de esta persona ▶	Número de teléfono ▶	Número de identificación personal (PIN) . . . ▶	<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 ▶
Para Uso Exclusivo Del Preparador Remunerado	Nombre del preparador	Firma del preparador	Fecha	Marque aquí <input type="checkbox"/> si el preparador trabaja por cuenta propia <i>PTIN</i>
	Nombre de la empresa ▶		EIN de la empresa ▶	
	Dirección de la empresa ▶		Núm. de teléfono	