

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

Nombre de la persona 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)

Los pagos se enviarán para esta fecha comenzando el

Firma: Título: Fecha:

Auto Identificación para Pagos por Débito Si usted no puede realizar los pagos electrónicos mediante un instrumento de débito (pagos por débito) para iniciar un plan de pagos a plazos por débito directo, por favor, marque la casilla a continuación:

No puedo hacer pagos por débito

Nota: El no marcar esta casilla indica que usted puede, pero elige no realizar los pagos por débito. Vea las instrucciones para el contribuyente a continuación para más detalles

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)

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 y que mi empleador la pague al IRS hasta la obligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminuida de la siguiente manera:

Table with 3 columns: 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 realizará cada pago para que nosotros (el IRS) lo recibamos para la fecha de vencimiento indicada en la parte del frente de este formulario. Si usted no puede realizar 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 solicite.
Mientras este acuerdo esté en efecto, usted debe presentar todas las declaraciones de impuestos federales y pagar cualquier impuesto (federal) que usted adeude, oportunamente.
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 que le podría ser eliminado o reembolsado si se cumplen ciertas condiciones. Vea el Formulario 13844(SP) para las calificaciones e instrucciones.
Si no cumple con su plan de pagos a plazos y nosotros terminamos el plan, usted tendrá que pagar un cargo administrativo de restauración de \$89.00 si restauramos el plan. Puede que usted reúna los requisitos para el cargo administrativo reducido de \$43, que puede ser eliminado o reembolsado si se cumplen ciertas condiciones. Consulte el Formulario 13844(SP) para obtener los requisitos e instrucciones. Tenemos la autoridad para deducir este cargo administrativo de su(s) primer(os) pago(s) después de que el plan sea restaurado. Si lo restauramos, usted acepta los términos de este plan como se indica en este documento.

Condiciones Adicionales (Para ser completado por el IRS)

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: Check the appropriate boxes: RSI "1" no further review, RSI "5" PPIA IMF 2-year review, RSI "6" PPIA BMF 2-year review, Agreement Review Cycle, Earliest CSED, Check box if pre-assessed modules included. Originator's ID #: Originator Code: Name: Title: UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL 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. Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función) Fecha



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

Nombre de la persona 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) \_\_\_\_\_

Los pagos se enviarán para esta fecha \_\_\_\_\_ comenzando el \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_  
Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipos de impuestos (Números de los formularios) Períodos tributarios:

**Auto Identificación para Pagos por Débito**  
Si usted no puede realizar los pagos electrónicos mediante un instrumento de débito (pagos por débito) para iniciar un plan de pagos a plazos por débito directo, por favor, marque la casilla a continuación:

No puedo hacer pagos por débito

**Nota:** El no marcar esta casilla indica que usted puede, pero elige no realizar los pagos por débito. Vea las instrucciones para el contribuyente a continuación para más detalles

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)

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 \_\_\_\_\_ y que mi empleador la pague al IRS hasta 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 realizará cada pago para que nosotros (el IRS) lo recibamos para la fecha de vencimiento indicada en la parte del frente de este formulario. **Si usted no puede realizar 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 solicite.
- Mientras este acuerdo esté en efecto, usted debe presentar todas las declaraciones de impuestos federales y pagar cualquier impuesto (federal) que usted adeude, oportunamente.
- 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 que le podría ser eliminado o reembolsado si se cumplen ciertas condiciones. Vea el Formulario 13844(SP) para las calificaciones e instrucciones.
- Si no cumple con su plan de pagos a plazos y nosotros terminamos el plan, usted tendrá que pagar un cargo administrativo de restauración de \$89.00 si restauramos el plan. Puede que usted reúna los requisitos para el cargo administrativo reducido de \$43, que puede ser eliminado o reembolsado si se cumplen ciertas condiciones. Consulte el Formulario 13844(SP) para obtener los requisitos e instrucciones. Tenemos la autoridad para deducir este cargo administrativo de su(s) primer(os) pago(s) después de que el plan sea restaurado. Si lo restauramos, usted acepta los términos de este plan como se indica en este documento.
- 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.
- **Podemos terminar su plan de pagos a plazos si:** Usted no realiza los pagos a plazos como fue acordado, usted no paga cualquier otra deuda del impuesto federal para la fecha de vencimiento, o no proporciona la información financiera cuando se le solicite.
- Si terminamos su 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 encontramos que el cobro del impuesto está en riesgo.
- Este acuerdo puede que requiera aprobación administrativa. Si el acuerdo es aprobado o no, usted será notificado.
- Podemos presentar un Aviso de Gravamen por el 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 el Impuesto Federal con respecto al pago de responsabilidad compartida para las personas conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Al firmar y presentar este formulario, usted autoriza al IRS a comunicarse con terceros y divulgarles su información tributaria con el fin de tramitar y administrar este plan durante su vigencia.

Condiciones Adicionales (Para ser completado por el IRS)

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:** \_\_\_\_\_  
**Check the appropriate boxes:**  
 RSI "1" no further review  Al "0" Not a PPIA  
 RSI "5" PPIA IMF 2-year review  Al "1" Field Asset PPIA  
 RSI "6" PPIA BMF 2-year review  Al "2" All other PPIAs  
Agreement Review Cycle: \_\_\_\_\_  
Earliest CSED: \_\_\_\_\_  
 Check box if pre-assessed modules included  
Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función) Fecha

Originator's ID #: \_\_\_\_\_ Originator Code: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

**UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL 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

## 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 que se muestra en la parte del frente del formulario.

### CÓMO EFECTUAR LOS PAGOS

- Por favor, deduzca la cantidad que su empleado acordó 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 se muestra en la parte del frente del formulario.

**Nota:** La cantidad de la obligación que se muestra en el formulario, puede que no incluya todas las multas e intereses previstos por la ley. Por favor continúe efectuando los pagos, a menos que el IRS le notifique que debe parar.

Si necesita ayuda, por favor llame al número de teléfono que se encuentra en la carta adjunta al 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 que se muestra 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**

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

Nombre de la persona 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)* \_\_\_\_\_

Los pagos se enviarán para esta fecha \_\_\_\_\_ comenzando el \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_  
Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipos de impuestos *(Números de los formularios)* **Períodos tributarios:**

**Auto Identificación para Pagos por Débito**  
Si usted no puede realizar los pagos electrónicos mediante un instrumento de débito (pagos por débito) para iniciar un plan de pagos a plazos por débito directo, por favor, marque la casilla a continuación:

No puedo hacer pagos por débito

**Nota:** El no marcar esta casilla indica que usted puede, pero elige no realizar los pagos por débito. Vea las instrucciones para el contribuyente a continuación para más detalles

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)*

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 \_\_\_\_\_ y que mi empleador la pague al IRS hasta 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 realizará cada pago para que nosotros (el IRS) lo recibamos para la fecha de vencimiento indicada en la parte del frente de este formulario. **Si usted no puede realizar 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 solicite.
- Mientras este acuerdo esté en efecto, usted debe presentar todas las declaraciones de impuestos federales y pagar cualquier impuesto (federal) que usted adeude, oportunamente.
- 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 que le podría ser eliminado o reembolsado si se cumplen ciertas condiciones. Vea el Formulario 13844(SP) para las calificaciones e instrucciones.
- Si no cumple con su plan de pagos a plazos y nosotros terminamos el plan, usted tendrá que pagar un cargo administrativo de restauración de \$89.00 si restauramos el plan. Puede que usted reúna los requisitos para el cargo administrativo reducido de \$43, que puede ser eliminado o reembolsado si se cumplen ciertas condiciones. Consulte el Formulario 13844(SP) para obtener los requisitos e instrucciones. Tenemos la autoridad para deducir este cargo administrativo de su(s) primer(os) pago(s) después de que el plan sea restaurado. Si lo restauramos, usted acepta los términos de este plan como se indica en este documento.
- 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.
- **Podemos terminar su plan de pagos a plazos si:** Usted no realiza los pagos a plazos como fue acordado, usted no paga cualquier otra deuda del impuesto federal para la fecha de vencimiento, o no proporciona la información financiera cuando se le solicite.
- Si terminamos su 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 encontramos que el cobro del impuesto está en riesgo.
- Este acuerdo puede que requiera aprobación administrativa. Si el acuerdo es aprobado o no, usted será notificado.
- Podemos presentar un Aviso de Gravamen por el 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 el Impuesto Federal con respecto al pago de responsabilidad compartida para las personas conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Al firmar y presentar este formulario, usted autoriza al IRS a comunicarse con terceros y divulgarles su información tributaria con el fin de tramitar y administrar este plan durante su vigencia.

Condiciones Adicionales *(Para ser completado por el IRS)*

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:** \_\_\_\_\_  
**Check the appropriate boxes:**  
 RSI "1" no further review  Al "0" Not a PPIA  
 RSI "5" PPIA IMF 2-year review  Al "1" Field Asset PPIA  
 RSI "6" PPIA BMF 2-year review  Al "2" All other PPIAs  
Agreement Review Cycle: \_\_\_\_\_  
Earliest CSED: \_\_\_\_\_  
 Check box if pre-assessed modules included  
Acuerdo revisado o aprobado por *(Firma, título, función)* **Fecha**

Originator's ID #: \_\_\_\_\_ Originator Code: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_  
**UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL 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

## INSTRUCCIONES AL CONTRIBUYENTE

Si este formulario no ha sido completado por un empleado del IRS, favor de completar la información en los espacios proporcionados 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.
- Si usted es un contribuyente de bajos ingresos, podría tener derecho a la eliminación del cargo administrativo de su plan de pagos a plazos, si usted acordó realizar los pagos electrónicos mediante un instrumento de débito (pagos por débito), para así iniciar un plan de pagos a plazos por débito directo. Este acuerdo de deducción de la nómina no es un plan de pagos a plazos por débito directo y usted no está realizando pagos por débito conforme a este acuerdo. No obstante, si usted indicó en la sección de "Auto Identificación para Pagos por Débito" que no puede efectuar pagos por débito para iniciar un plan de pagos a plazos por débito directo, entonces le reembolsaremos su cargo administrativo tras la finalización de su plan de pagos. Los contribuyentes de bajos ingresos, para propósitos del plan de pagos a plazos, son personas cuyos ingresos brutos ajustados son, según lo determinado para el año más reciente para el cual esta información está disponible, iguales o menores del 250% de los criterios establecidos en las guías de pobreza actualizadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- 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 habló con el IRS.
- Cuando le pagan a usted.
- La cantidad que usted acordó se le deduzca de su paga cuando 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.