

September 14, 2022

Tax Year 2022
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.

2022

Escriba a Maquinilla o en Letra de Molde

| | |
|---|--|
| Nombre (el nombre legal del negocio, no el nombre comercial) Wildflower Plant Farm | Número de identificación patronal (EIN) 00 - 3902345 |
| Nombre comercial, si existe | |
| Dirección (calle y número) 2nd Test Street | |
| 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 este recuadro

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

| | | | |
|------------|--|------------|------------------|
| 1 | Número de empleados agrícolas durante el período de nómina que incluye el 12 de marzo de 2022 | 1 | 4 |
| 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 12.4% (0.124)) | 3 | 6,895 31 |
| a | Contribución al Seguro Social por los salarios de licencia por enfermedad calificados (multiplique la línea 2a por 6.2% (0.062)) | 3a | |
| b | Contribución al Seguro Social por los salarios de licencia familiar calificados (multiplique la línea 2b por 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 2.9% (0.029)) | 5 | 1,612 61 |
| 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 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 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 por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021 | 12b | |
| c | Reservada para uso futuro | 12c | |
| d | 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 y antes del 1 de octubre de 2021 | 12d | |
| e | Porción no reembolsable del crédito de asistencia para las primas de COBRA | 12e | |
| f | Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA | | |
| g | Total de créditos no reembolsables. Sume las líneas 12a, 12b, 12d y 12e | 12g | |
| 13 | Total de las contribuciones después de los ajustes y créditos no reembolsables. Reste la línea 12g de la línea 11 | 13 | 8,507 92 |

*Incluya en la línea 2 los salarios sujetos a la contribución de licencia por enfermedad y familiar calificados pagados en 2022 por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 y antes del 1 de octubre de 2021. Use las líneas 2a y 2b sólo para los salarios sujetos a la contribución de la licencia por enfermedad y familiar calificados pagados en 2022 por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2020 y antes del 1 de abril de 2021.

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

| | | | | |
|---|---|------------|-------|----|
| 14a | Total de depósitos hechos para 2022, 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 | Reservada para uso futuro | 14b | | |
| c | Reservada para uso futuro | 14c | | |
| d | 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 | 14d | | |
| e | Reservada para uso futuro | 14e | | |
| f | 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 y antes del 1 de octubre de 2021 | 14f | | |
| g | Porción reembolsable del crédito de asistencia para las primas de COBRA | 14g | | |
| h | Total de depósitos y créditos reembolsables. Sume las líneas 14a , 14d , 14f y 14g | 14h | 8,710 | 08 |
| i | Reservada para uso futuro | 14i | | |
| j | Reservada para uso futuro | 14j | | |
| 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 | 202 | 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 |
| B febrero . . . | 165 | 68 | G julio . . . | 807 | 22 |
| C marzo . . . | 602 | 96 | H agosto . . . | 480 | 03 |
| D abril . . . | 571 | 07 | I septiembre . . . | 735 | 06 |
| E mayo . . . | 711 | 77 | J octubre . . . | 983 | 46 |
| | | | K noviembre . . . | | 689 |
| | | | L diciembre . . . | | 1,186 |
| | | | M Obligación total para el año (sume las líneas A a L) . . . | | 8,507 |
| | | | | | 92 |

| | | | | |
|-----------|---|-----------|--|--|
| 18 | 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 | 18 | | |
| 19 | 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 | 19 | | |
| 20 | Reservada para uso futuro | 20 | | |
| 21 | Reservada para uso futuro | 21 | | |

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

| | | | | |
|-----------|---|-----------|--|--|
| 22 | Salarios de licencia por enfermedad calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 y antes del 1 de octubre de 2021 | 22 | | |
| 23 | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados declarados en la línea 22 | 23 | | |
| 24 | Cantidades de ciertos acuerdos de negociación colectiva asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados declarados en la línea 22 | 24 | | |
| 25 | Salarios de licencia familiar calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 y antes del 1 de octubre de 2021 | 25 | | |
| 26 | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia familiar calificados declarados en la línea 25 | 26 | | |
| 27 | Cantidades de ciertos acuerdos de negociación colectiva asignables a los salarios de licencia familiar calificados declarados en la línea 25 | 27 | | |
| 28 | Reservada para uso futuro | 28 | | |
| 29 | Reservada para uso futuro | 29 | | |

Tercero Autorizado ¿Desea permitir que otra persona hable sobre esta planilla con el *IRS*? Vea las instrucciones. **Sí.** Complete lo siguiente. **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 _____ **Fecha** _____

Escriba su nombre y cargo en letra de molde

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|-------|---|-------------|
| Para Uso Exclusivo del Preparador Remunerado | Escriba a maquinilla 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> |
| | Nombre de la empresa | EIN de la empresa | | Núm. de teléfono | |
| | Dirección de la empresa | | | | |