Formulario 2159 (julio de 2024)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

Acuerdo de Deducción de Nómina

,	'		(vea las insi	ruccioi	nes en el aorso de	esta pagina)	
A: (Nomb	pre del empleador y dirección)				Referente a: (No	ombre del contribuyente y direc	cción)
Nombre	de la persona de contacto	cluyendo el código de	área)	Número de Seguro Social o número de Identificación del Em (Contribuyente) (Cónyuge, los cuatro últimos de Contribuyente)			
superior d para acoro para aplica Yo consie abajo de o de Impues SEM Los pago	DOR—Vea las instrucciones al dorso de la Parte 2 el lado derecho lo nombró como su empleador. Fa dar a retener la(s) cantidad(es) de los salarios o jo arlos a los impuestos que adeuda. Into en participar en este acuerdo de deducción de ada pago de salario o jornal que se le adeude a e atos Internos cada: (Marque una casilla.) IANA DOS SEMANAS MES DOS SE enviarán para esta fecha	avor de leer y fir rnales del(los) d nómina y reter	rmar la siguiente declara contribuyente(s) (emplea ndré la cantidad mostrad Yo enviaré el dinero al S recifique)	ción ado(s)), a	Si usted no puede débito (pagos por directo, por favor, r No puedo ha Nota: El no marcar es débito. Vea los términ entender las tarifas de Para ayuda llam Cuenta Propia/Due Física—Asalariados	e al: 1-800-829-3903 (Perso eño de Negocio, negocios), o 1	pagos a plazos por débito n: ero elige no realizar los pagos por para obtener detalles sobre como ona física—Trabajador por I-800-829-7650 (Persona
Firma: Título:		F	echa:		O escriba:	(Ciudad, Estado y Zona I	Campus
	impuestos (Números de los formularios)	Períodos ti			Cantidad que ad	euda al	intereses provistos por ley.
Me paga	n cada <i>(Marque una casilla)</i> : SEMANA	DOS SE	EMANAS MES		OTRO (Especifique)		
•	de acuerdo que se retenga de mi salario o sueldo ón total sea pagada completamente. También es				zando el		ador la pague al IRS hasta era:
	e aumento (o disminución)		d de aumento (o dis			Nueva cantidad del pago	
					,		- u p.u=00
Este acu modificat usted de Mientras federales Aplicarer usted ad comparti Tiene qu primer ps Para los pobreza) reducida forma 13 Si no cur cargo ad requisito cumplen instrucció (s)despu como se Condicio	contribuyentes de bajos ingresos (en o por debajo del 25, el cargo administrativo es reducido a \$43. Podría ser el de \$43 que puede ser eximida o reembolsada si se cum 844 para las calificaciones e instrucciones. Inple con su plan de pagos a plazos y nosotros terminamo ministrativo de restauración de \$89.00 si restauramos el ls para el cargo administrativo reducido de \$43, que puediciertas condiciones. Consulte el Formulario 13844(SP) pones. Tenemos la autoridad para deducir este cargo administrativo reducido de \$40, que puedicier de plan sea restaurado. Si lo restauramos, uste indica en este documento. Ines Adicionales (Para ser completado por el IF	uerdo lo podemos ar ha cambiado s a cuando se le soi las declaraciones oportunamente. exceso (si alguno o pago de resporcio. trativos autoridad para de 100% de las guías fregible por una tariolen ciertas conditos el plan, usted to plan. Puede que u e ser eliminado o ara obtener los reinistrativo de su(sid acepta los términados el plan de contra contr	s terminar o cignificativamente. Ilicite. s de impuestos o para la cantidad que nsabilidad educir de su(s) o federales de fifa de usuario ciones. Vea la endrá que pagar un usted reúna los reembolsado si se equisitos e primer(os) pago	Podemo acordado proporcio Si termin ingreso, aviso de de respo mediante Podemos en riesgo Este acu notificado Podemos anteriorm pago de Bajo Pre Al firmar	o, usted no paga cualqui ona la información finano namos su acuerdo, pode cuentas bancarias u otro nosotros antes de la ter insabilidad compartida in e un embargo o incautac s terminar este acuerdo o. lerdo puede que requiera o. s presentar un Aviso de nente, pero no presentar responsabilidad compar cio. y presentar este formula	pagos a plazos si: Usted no realiza er otra deuda del impuesto federal piciera cuando se le solicite. mos cobrar la cantidad completa que os activos (bienes), o embargando se minación de su acuerdo. EXCEPCIC dividual conforme a la Ley de Cuida ión de su ingreso o propiedad. en cualquier momento si encontram a aprobación gerencial. Si el acuerd Gravamen por el Impuesto Federal, emos un Aviso de Gravamen por el tida para las personas conforme a la ririo, usted autoriza al IRS a comunicar y administrar este acuerdo duras	e usted adeuda embargando su su propiedad. Usted recibirá un ÓN: no podemos cobrar el pago ado de la Salud a Bajo Precio nos que el cobro del impuesto está o es aprobado o no, usted será si uno no se ha presentado Il Impuesto Federal con respecto al a Ley de Cuidado de la Salud a carse con terceros y divulgarles sunte su vigencia.
Su Firma	a .		Título (Si es un socio	o funci	onario corporativo)		Fecha
Firma de	l cónyuge (Si es una obligación conjunta)						Fecha
	AGREEMENT LOCATOR NUMBER	<u> </u>		Origi	nator's ID #:	Originato	or Code:
IRS:	Check the appropriate boxes:			Name: Title:			
PARA EL USO EXCLUSIVO DEL IR	RSI "1" no further review RSI "5" PPIA IMF 2-year review RSI "6" PPIA BMF 2-year review AI "1" Field Asset P RSI "6" PPIA BMF 2-year review AI "2" All other PPIA Agreement Review Cycle: Earliest CSED: Check box if pre-assessed modules included Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función)				I AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDERA eleccione 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 ACUE Fecha		
	, loudi do revisado o aprobado por (riima, l	maio, iuriciori)					Todia

Formulario 2159 (iulio de 2024)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

Acuerdo de Deducción de Nómina

EBPLEADOR—Vea las indirecciones al dipras de la Paris 2. El cardibity-preis identificación en la parte supertir del lacio desceño la nombrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para Pagos por Debito para a polizar relação antidade de la como de la como desceño de la combrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para a polizar de la como desceño de combrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para a polizar de la como de la completar de la combrio de la cardidad mostrada abais de cada pago de salatro o jornal que se la adecida e sele empleador y comercia de la disconición de la cardidad mostrada abais de cada pago de salatro o jornal que se la edicado e a la combrio de la combr	0-			(Vea las instrucc	ones en el dorso de	e esta página)			
EBPLEADOR—Vea las indirecciones al dipras de la Paris 2. El cardibity-preis identificación en la parte supertir del lacio desceño la nombrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para Pagos por Debito para a polizar relação antidade de la como de la como desceño de la combrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para a polizar de la como desceño de combrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para a polizar de la como de la completar de la combrio de la cardidad mostrada abais de cada pago de salatro o jornal que se la adecida e sele empleador y comercia de la disconición de la cardidad mostrada abais de cada pago de salatro o jornal que se la edicado e a la combrio de la combr	A: (Nombre	del empleador y dirección,))			Referente a: (Nombre del contribuyente y dirección)				
superior del lado devecho la nombre como su emplasedor. Favor de leary firmar la siguiente declaración para acordiar archine la local pago de la called de los salarios o punte aciditar controllar la local pago de la called de la called de la cardidad mostrada abalo de cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de se porte de la cardida de la composició de la cardidad de la	Nombre de	e 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)			
Titulo: Fecha: (Ciudad, Estado y Zona Postal) Períodos tributarios: Cantidad que adeuda al control provinción de la pagua a interese provistos se paga a carda (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique) Ocumenzando el composta de missalario o sueldo la cantidad do \$ comenzando el comenzando el control de la coligidación 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: - Usado desibraria cada pago pas que resodos el IRS) in rectamos para la fecha de vencimento restribictorio, a cuerdu aum deuda acidiona, si variance insendiatamente. - Usado deba proporconanso información financiar que setá ol dio cuando se lo solcido. - Aplicamento información información recombiento recombigante del impuesto federal que u seta deudición plus desibado de la pago a plazos o condicional que un estado des del mispuesto federal que u seta deudición plus del se del companida conforme a la Ley de Cudado de la Salud a Bayo Precio. - Aplicamento sus reembolases del impuesto federal o los segos en ocoseo (el alguno) a la cantidad que usuado de la mispuesto federal o los segos en ocoseo (el alguno) a la cantidad que usuado de companida conforme a la Ley de Cudado de la Salud a Bayo Precio. - Entenendo do los cargos administrativos - Entenendo dos cargos administrativos - Entenendo do los cargos administrativos en reducido a 453, que tenentes la sunidad perior designado en entendos de la companida de se completa que usuado de considera de la companida de se completa que usuado de companida conforme a la Ley de Cudado de la Salud a Bayo Precio. - Entenendo dos cargos administrativos en reducido a 453, que tenentes la sunidad perior del control de la companida del companida del c	superior del I para acordar para aplicarlo Yo consiento abajo de cad de Impuestos SEMAN Los pagos	lado derecho lo nombró con ra retener la(s) cantidad(es os a los impuestos que ade o en participar en este acue la pago de salario o jornal o s Internos cada: (Marque un NA DOS SEMANA	mo su empleador. Favo s) de los salarios o jorna euda. erdo de deducción de no que se le adeude a este una casilla.)	or de leer y firmar la siguales del(los) contribuyen des del(los) contribuyen de del del del del del del del de empleado. Yo enviaré del DTRO (Especifique)	iente declaración te(s) (empleado(s) idad mostrada	Si usted no puede débito (pagos por directo, por favor, No puedo h Nota: El no marcar e débito. Vea los térmis entender las tarifas d Para ayuda llam Cuenta Propia/Du Fisica—Asalariado	realizar los pagos electrónicos débito) para iniciar un plan de paraque la casilla a continuación acer pagos por débito sta casilla indica que usted puede, pros de este acuerdo a continuación per usuario le al: 1-800-829-3903 (Persceño de Negocio, negocios), o 1	pagos a plazos por débito n: ero elige no realizar los pagos por para obtener detalles sobre como ona física—Trabajador por 1-800-829-7650 (Persona		
Tipos de impuestos (Números de los formularios) Períodos tributarios: Cantidad que adeuda al sumás compositos (Números de los formularios) Me pagan cada (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique) Yo estoy de acuerdo que se retenga de mi salario o sueldo la cantidad de \$ comenzando el yque mi empleador la pague al IR la obligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminuida de la siguiente manera: Facha de aumento (o disminución) Cantidad de aumento (o disminución) Cantidad de aumento (o disminución) Cantidad de aumento (o disminución) Condiciones de este acuerdo—Al completar y presentar este acuerdo, usted (de contribuyente) acepta las siguientes condiciones: - Usida de pago para que nosorios (el IRS) io recibamos para la fecha de vencimiento recibado via la partia de fencida de sea disminado (insueria que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. L'está exuedero siduidad de la Salda de pagor habilidad comparidad comparida de se solicio. - Miertiras activa activa de cambiado se solicio Miertiras activa activa que su pago de responsabilidad que activa de se solicio de cambia de cambia de se solicio Miertiras activa activa de periodo de la Salda da Bajor peco Este acuerdo activa de la cambiado de la Salda da Bajor peco Este acuerdo activa de la cambiado se solic				Fecha:		. O escriba.	<u> </u>			
Me pagan cada (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique) Yo estoy de acuerdo que se retenga de mi salario o sueldo la cantidad de \$ comenzando el y que mi empleador la pague al IR: la obligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminución) Cantidad 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: - Usidar estabada os pago para que noscros (el IRS) to recibamos para la fecha de vencimiento indicada en la para de fernet de sea formatino. Si usted no puede realizar un pago y a establecido, o acumula una deuda adicional, avisenos immediatamente. - Les acuerdo sea beadada y acumula de la cauda de la pago de marcia de la cauda de la pago de enceso (al aguno) a la cantidad que unidad aduda hasta que se paga e completamente. - Riplicaremos sus acuerdo podemos cobrar la cauda de la cau	Tipos de im	npuestos (Números de lo	os formularios)	Períodos tributarios:			deuda al	,		
la abiligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminución Nueva cantidad del pago a plazos	Me pagan o	cada (Marque una casilla)): SEMANA	DOS SEMANAS	MES	1	:	intereses provistos por ley.		
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 recibameno para la fecha de venomiento indicada en la parte de fiernite de sete formulario. Si usted no puede realizar un pago y establecido, o acumula una deuda adicional, avisenos immediatamente. - Este acuerdo acumula una deuda adicional, avisenos immediatamente. - Este acuerdo acumula una deuda adicional, avisenos immediatamente condiciones. Condiciones de se salote. Este acuerdo acudicione financiera cundo pour establecido, o acumula una deuda adicional, avisenos immediatamente. - Este acuerdo acumula una deuda adicional, avisenos immediatamente. - Montras este acuerdo culte de financiera cundo pour establecido, o acumula una deuda adicional, avisenos immediatamente condiciones. Consecutata del salos declaraciones de impuestos federal culte de la cultificación. - Montras este acuerdo acute en decido suduel. El cauerdo de la pago fereixo significativemente. - Montras este acuerdo acute de ciencio sudo de la guardo de la cultificación de la camidad que usted adeuda habata que se pague completamente, incluyendo todo pago de responsabilidad compartida individad completa que usted adeuda en proprieda. - Tiene que pagar un cargo administrativo este requisitos o a \$13. Pocífia ser elegible por una tartia de issuario forma 1384 de pago a ministrativo estre redución a \$13. Pocífia ser elegible por una tartia de issuario compartida combibilitario de si su culterio conticiones. Vena la contributo de si se cultipar contributo de s	•	,								
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 rechamos para la fecha de vencimiento noticeda en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la particio de condicione de la condici		1 0 1		,	<u> </u>					
- Usted realizará cada pago para que nosotros (el IRS) lo reclaamos para la fecha de vencimiento indicade en la parte del fiente de este formulairo. Si usted no puede realizar un pago ya establectio, o acumula un addicula adicional, avisenos immediatamente. - Este acuerdo está basado en su conclidor financiera actual. El acuerdo lo podernos terminar o moefficar a nuestra información financiera actual. El acuerdo les podernos terminar o moefficar a nuestra información maser a que su habilidad de paga in acumula una devida adicional, avisenos immediata que an habilidad de paga in acumula una devida del procesor de impuesto federal por portinamente. - Aplicaratenos sus reembolecos del impuesto federal por su pago en exceso (si alguno) a la cantidad que aplicad acompartida conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio. - Tiene que pagar un cargo administrativo de STIFO, que tenemos la autoridad para deducir de suspirior pago(s). - Tiene que pagar un cargo administrativo de STIFO, que tenemos la autoridad para deducir de usuario forma 1384 e para las contribuyentes de bajos ingresos (en o par debajo del 250% de las guias federales de podorez), el cargo administrativo de STIFO, que tenemos la autoridad para deducir de usuario forma 1384 e para las contribuyentes de bajos ingresos (en o par debajo del 250% de las guias federales de podorez), el cargo administrativo de setableco de STIFO, que tenemos la autoridad para deducir de usuario forma 1384 e para las cardificacionica de SSIPO o la mesturamos el plan. Puede que usted rotina los reculsitos para el cargo administrativo de reducido de \$43, que puede ser eliminado o reembolsado si se cumplen cientario de si subjecto indicado. - Si no cumple con su plan de pagos a plazos (an para debajo del 250% de las guias federales de podorez) el cargo administrativo de reducido de \$43, que mandia de la cargo administrativo de reducido de \$43, que puede ser eliminado o reembolsado si se cumplen cientario de si subjecto de la cargo administrativo de se trates condicio	Fecha de a	aumento (o disminuciór	n)	Cantidad de aum	ento (o dismin	icion)	Nueva cantidad del pago	o a plazos		
Firma del cónyuge (Si es una obligación conjunta) AGREEMENT LOCATOR NUMBER: Originator's ID #: Originator Code: Check the appropriate boxes: Name: Title: RSI "1" no further review AI "0" Not a PPIA UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDER (Seleccione uno de los encasillados a continuación)	Usted realizindicada en establecido Este acuerd modificar, si Usted debe Mientras est federales y j Aplicaremos usted adeuc compartida of Tiene que piner pago Tiene que piner pago Para los cor pobreza), el reducida de forma 13844 Si no cumplen cie instruccione (s)después como se ind	cará cada pago para que nosotr la parte del frente de este form o, o acumula una deuda adici do está basado en su condición in uestra información muestra o proporcionarnos información fite acuerdo esté en efecto, uste pagar cualquier impuesto (fedes sus reembolsos del impuesto da hasta que se pague complet conforme a la Ley de Cuidado pagar un cargo administrativo de (s). Entendiendo I agar un cargo administrativo de 143 que puede ser eximida o 14 para las calificaciones e instrue e con su plan de pagos a plazo instrativo de restauración de \$8 ara el cargo administrativo redurtas condiciones. Consulte di s. Tenemos la autoridad para a de que el plan sea restaurado.	ros (el IRS) lo recibamos p nulario. Si usted no puede ional, avísenos inmediata n financiera actual. El acuer que su habilidad de pagar linanciera que esté al día ciad debe presentar todas las raral) que usted adeude, opor federal o los pagos en exctamente, incluyendo todo p de la Salud a Bajo Precio. Jos cargos administra le \$178, que tenemos la au (en o por debajo del 250% idio a \$43. Podría ser elegil reembolsada si se cumpler rucciones. os y nosotros terminamos e 39.00 si restauramos el plaucido de \$43, que puede se Formulario 13844(SP) para deducir este cargo adminis. Si lo restauramos, usted a	ara la fecha de vencimiento realizar un pago ya imente. do lo podemos terminar o na cambiado significativame uando se le solicite. declaraciones de impuesto ortunamente. eso (si alguno) a la cantida lago de responsabilidad tivos toridad para deducir de su(ade las guías federales de lole por una tarifa de usuario n ciertas condiciones. Vea le el plan, usted tendrá que pa n. Puede que usted reúna le er eliminado o reembolsado obtener los requisitos e trativo de su(s) primer(os) pocepta los términos de este	Aplicase apl període acordo propo ente. Si terri do que aviso de res media si propo en rei en rie: Este a notifica en roide acordo propo en rei en rie: Este a notifica en roide anterio pago en si se en al pago en acordo en en riema pago en si se en acordo en en riema pago en en acordo en en riema pago en en acordo en en riema pago en	remos todos los pagos en cará el pago al estatuto do tributario más antiguo. nos terminar su plan de ido, usted no paga cualque ciona la información finan ininamos su acuerdo, pode o, cuentas bancarias u otra de nosotros antes de la teponsabilidad compartida i inte un embargo o incauta nos terminar este acuerdo go. cuerdo puede que requierado. nos presentar un Aviso de ormente, pero no presenta le responsabilidad compartecio. ar y presentar este formul	este acuerdo en el mejor interés de e recaudación más antiguo, que norr pagos a plazos si: Usted no realiza lier otra deuda del impuesto federal piciera cuando se le solicite. emos cobrar la cantidad completa que os activos (bienes), o embargando s rminación de su acuerdo. EXCEPCIO ndividual conforme a la Ley de Cuidación de su ingreso o propiedad. en cualquier momento si encontram ra aprobación gerencial. Si el acuerdo de Gravamen por el Impuesto Federal, aremos un Aviso de Gravamen por el rida para las personas conforme a la lario, usted autoriza al IRS a comunication de su contra la lario, usted autoriza al IRS a comunication de contra la comunicativa de contra la contra la lario, usted autoriza al IRS a comunicativa contra la contra	malmente es el año tributario o los pagos a plazos como fue para la fecha de vencimiento, o no e usted adeuda embargando su u propiedad. Usted recibirá un ÓN: no podemos cobrar el pago ado de la Salud a Bajo Precio los que el cobro del impuesto está o es aprobado o no, usted será si uno no se ha presentado lImpuesto Federal con respecto al a Ley de Cuidado de la Salud a carse con terceros y divulgarles su		
AGREEMENT LOCATOR NUMBER: Originator's ID #: Originator Code: Check the appropriate boxes: Name: Title: RSI "1" no further review AI "0" Not a PPIA RSI "5" PPIA IMF 2-year review AI "1" Field Asset PPIA AGREEMENT LOCATOR NUMBER: Originator's ID #: Originator Code: Name: Title: UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDER (Seleccione uno de los encasillados a continuación)	Su Firma			Título (S	i es un socio o fur	cionario corporativo)		Fecha		
Check the appropriate boxes: RSI "1" no further review RSI "5" PPIA IMF 2-year review AI "0" Not a PPIA AI "1" Field Asset PPIA Selectione uno de los encasillados a continuación)	Firma del c	cónyuge (Si es una obliga	ación conjunta)					Fecha		
Check the appropriate boxes: RSI "1" no further review RSI "5" PPIA IMF 2-year review AI "0" Not a PPIA AI "1" Field Asset PPIA Selectione uno de los encasillados a continuación)		AGREEMENT LOCA	ATOR NUMBER:		Ori	ginator's ID #:	Originato	or Code:		
RSI "5" PPIA IMF 2-year review Al "1" Field Asset PPIA (Seleccione uno de los encasillados a continuación)	ii o	Check the appropria	ate boxes:		. — Na	me:	Title:			
Check box if pre-assessed modules included Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función) PODRÍA PRESENTARSE SI NO CUMPLE CON ESTE ACU Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función) Fecha	PARA EL USC EXCLUSIVO DEL	RSI "1" no further RSI "5" PPIA IMF RSI "6" PPIA BMF Agreement Review C Earliest CSED: Check box if pre-a	review 2-year review F 2-year review Cycle: assessed modules	Al "1" Field As Al "2" All othe	sset PPIA	SELECCIONE UNO DE YA SE HA PRESENTAF	los encasillados a contini SENTADO RÁ INMEDIATAMENTE RÁ CUANDO SE DETERMI	uación) NE EL IMPUESTO 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 <i>IRS</i> , 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 <i>IRS</i> 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: 1-800-829-3903 (Persona física–Trabajador por Cuenta Propia/Dueño de Negocio, negocios), o 1-800-829-7650 (Persona Física–Asalariados)

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Formulario 2159 (iulio de 2024)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

Acuerdo de Deducción de Nómina

EBPLEADOR—Vea las indirecciones al dipras de la Paris 2. El cardibity-preis identificación en la parte supertir del lacio desceño la nombrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para Pagos por Debito para a polizar relação antidade de la como de la como desceño de la combrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para a polizar de la como desceño de combrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para a polizar de la como de la completar de la combrio de la cardidad mostrada abais de cada pago de salatro o jornal que se la adecida e sele empleador y comercia de la disconición de la cardidad mostrada abais de cada pago de salatro o jornal que se la edicado e a la combrio de la combr	0-			(Vea las instrucc	ones en el dorso de	e esta página)			
EBPLEADOR—Vea las indirecciones al dipras de la Paris 2. El cardibity-preis identificación en la parte supertir del lacio desceño la nombrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para Pagos por Debito para a polizar relação antidade de la como de la como desceño de la combrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para a polizar de la como desceño de combrio como su empleador Favor de leser y firmar la superete declaración para a polizar de la como de la completar de la combrio de la cardidad mostrada abais de cada pago de salatro o jornal que se la adecida e sele empleador y comercia de la disconición de la cardidad mostrada abais de cada pago de salatro o jornal que se la edicado e a la combrio de la combr	A: (Nombre	del empleador y dirección,))			Referente a: (Nombre del contribuyente y dirección)				
superior del lado devecho la nombre como su emplasedor. Favor de leary firmar la siguiente declaración para acordiar archine la local pago de la called de los salarios o punte aciditar controllar la local pago de la called de la called de la cardidad mostrada abalo de cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de salario o jornal que se le adeuce a este empleado. Vo enviar el dinero al Servicio por la cada pago de se porte de la cardida de la composició de la cardidad de la	Nombre de	e 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)			
Titulo: Fecha: (Ciudad, Estado y Zona Postal) Períodos tributarios: Cantidad que adeuda al control provinción de la pagua a interese provistos se paga a carda (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique) Ocumenzando el composta de missalario o sueldo la cantidad do \$ comenzando el comenzando el control de la coligidación 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: - Usado desibraria cada pago pas que resodos el IRS) in rectamos para la fecha de vencimento restribictorio, a cuerdu aum deuda acidiona, si variance insendiatamente. - Usado deba proporconanso información financiar que setá ol dio cuando se lo solcido. - Aplicamento información información recombiento recombigante del impuesto federal que u seta deudición plus desibado de la pago a plazos o condicional que un estado des del mispuesto federal que u seta deudición plus del se del companida conforme a la Ley de Cudado de la Salud a Bayo Precio. - Aplicamento sus reembolases del impuesto federal o los segos en ocoseo (el alguno) a la cantidad que usuado de la mispuesto federal o los segos en ocoseo (el alguno) a la cantidad que usuado de companida conforme a la Ley de Cudado de la Salud a Bayo Precio. - Entenendo do los cargos administrativos - Entenendo dos cargos administrativos - Entenendo do los cargos administrativos en reducido a 453, que tenentes la sunidad perior designado en entendos de la companida de se completa que usuado de considera de la companida de se completa que usuado de companida conforme a la Ley de Cudado de la Salud a Bayo Precio. - Entenendo dos cargos administrativos en reducido a 453, que tenentes la sunidad perior del control de la companida del companida del c	superior del I para acordar para aplicarlo Yo consiento abajo de cad de Impuestos SEMAN Los pagos	lado derecho lo nombró con ra retener la(s) cantidad(es os a los impuestos que ade o en participar en este acue la pago de salario o jornal o s Internos cada: (Marque un NA DOS SEMANA	mo su empleador. Favo s) de los salarios o jorna euda. erdo de deducción de no que se le adeude a este una casilla.)	or de leer y firmar la siguales del(los) contribuyen des del(los) contribuyen de del del del del del del del de empleado. Yo enviaré del DTRO (Especifique)	iente declaración te(s) (empleado(s) idad mostrada	Si usted no puede débito (pagos por directo, por favor, No puedo h Nota: El no marcar e débito. Vea los térmis entender las tarifas d Para ayuda llam Cuenta Propia/Du Fisica—Asalariado	realizar los pagos electrónicos débito) para iniciar un plan de paraque la casilla a continuación acer pagos por débito sta casilla indica que usted puede, pros de este acuerdo a continuación per usuario le al: 1-800-829-3903 (Persceño de Negocio, negocios), o 1	pagos a plazos por débito n: ero elige no realizar los pagos por para obtener detalles sobre como ona física—Trabajador por 1-800-829-7650 (Persona		
Tipos de impuestos (Números de los formularios) Períodos tributarios: Cantidad que adeuda al sumás compositos (Números de los formularios) Me pagan cada (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique) Yo estoy de acuerdo que se retenga de mi salario o sueldo la cantidad de \$ comenzando el yque mi empleador la pague al IR la obligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminuida de la siguiente manera: Facha de aumento (o disminución) Cantidad de aumento (o disminución) Cantidad de aumento (o disminución) Cantidad de aumento (o disminución) Condiciones de este acuerdo—Al completar y presentar este acuerdo, usted (de contribuyente) acepta las siguientes condiciones: - Usida de pago para que nosorios (el IRS) io recibamos para la fecha de vencimiento recibado via la partia de fencida de sea disminado (insueria que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. Usida debe proceonomeno información financiera que su habilidad de pagor ha cambiado siguificativamente. L'está exuedero siduidad de la Salda de pagor habilidad comparidad comparida de se solicio. - Miertiras activa activa de cambiado se solicio Miertiras activa activa que su pago de responsabilidad que activa de se solicio de cambia de cambia de se solicio Miertiras activa activa de periodo de la Salda da Bajor peco Este acuerdo activa de la cambiado de la Salda da Bajor peco Este acuerdo activa de la cambiado se solic				Fecha:		. O escriba.	<u> </u>			
Me pagan cada (Marque una casilla): SEMANA DOS SEMANAS MES OTRO (Especifique) Yo estoy de acuerdo que se retenga de mi salario o sueldo la cantidad de \$ comenzando el y que mi empleador la pague al IR: la obligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminución) Cantidad 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: - Usidar estabada os pago para que noscros (el IRS) to recibamos para la fecha de vencimiento indicada en la para de fernet de sea formatino. Si usted no puede realizar un pago y a establecido, o acumula una deuda adicional, avisenos immediatamente. - Les acuerdo sea beadada y acumula de la cauda de la pago de marcia de la cauda de la pago de enceso (al aguno) a la cantidad que unidad aduda hasta que se paga e completamente. - Riplicaremos sus acuerdo podemos cobrar la cauda de la cau	Tipos de im	npuestos (Números de lo	os formularios)	Períodos tributarios:			deuda al	,		
la abiligación total sea pagada completamente. También estoy de acuerdo y autorizo a que esta deducción sea aumentada o disminución Nueva cantidad del pago a plazos	Me pagan o	cada (Marque una casilla)): SEMANA	DOS SEMANAS	MES	1	:	intereses provistos por ley.		
Condiciones de este acuerdo—Al completar y presentar este acuerdo, usted (el contribuyente) acepta las siguientes condiciones: - Usted realizará cada pago para que nos foros (el IRS) to reclbamos para la fecha de vencimiento indicada en la parte de fiente de situate do puede realizar un pago y as establecido, o acumula una douda adicional, avisenos immediatamente. - Este acuerdo acumula una douda adicional, avisenos immediatamente. - Este acuerdo acudicion financiera cuando adicional, avisenos immediatamente. - Calicario de la respecta de la realizar de pago y acumula una douda adicional, avisenos immediatamente. - Calicario de la respecta de la realizar de la pago y acumula una douda adicional, avisenos immediatamente. - Calicario de la realiza de la pago acumula una douda adicional, avisenos immediatamente. - Montras asseta pago acumilator immedia de la pago ha canadidad que usted adeude, oporturamente. - Aplicaremos sua reembolos del impuesto federal o pago al maces de la camidad que usted adeude, oporturamente. - Aplicaremos sua reembolos del impuesto federal o pago ace nesponsabilidad compatida adocula hasta que se pague completamente, incluyendo todo pago de responsabilidad compatida adocula hasta que se pague completamente, incluyendo todo pago de responsabilidad compatida individad para deducir de sua pago de responsabilidad compatida individad para deducir de sua cargo administrativo es reducido a 453. Pocifia ser elegible por una tarifa de issuano forma 1344 per al cargo administrativo de 5176, que temenos la autoridad para deducir de sua cargo administrativo es reducido de 454. Pocifia ser elegible por una tarifa de issuano de la pago ace de cargo administrativo de estrucciones. - Si no cumple con su plan de pagos a plazos y nosotros terminamos el plan, usted dundrá que pagor un cargo administrativo de estruccione de se se cumple de cargo administrativo de estruccione de se securedo de 543. Pocifia ser elegible por una tarifa de issuano de cargo administrativo de estruccione de se se cumple	-							· -		
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 rechamos para la fecha de vencimiento noticeda en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la paire del finerie de este formulario. Si unated no puede realizar un pago ya condicione en la particio de condicione de la condici				1	•		T			
- Usted realizará cada pago para que nosotros (el IRS) lo reclaamos para la fecha de vencimiento indicade en la parte del fiente de este formulairo. Si usted no puede realizar un pago ya establectio, o acumula un addicula adicional, avisenos immediatamente. - Este acuerdo está basado en su conclidor financiera actual. El acuerdo lo podernos terminar o moefficar a nuestra información financiera actual. El acuerdo les podernos terminar o moefficar a nuestra información maser a que su habilidad de paga in acumula una devida adicional, avisenos immediata que an habilidad de paga in acumula una devida del procesor de impuesto federal por portinamente. - Aplicaratenos sus reembolecos del impuesto federal por su pago en exceso (si alguno) a la cantidad que aplicad acompartida conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio. - Tiene que pagar un cargo administrativo de STIFO, que tenemos la autoridad para deducir de suspirior pago(s). - Tiene que pagar un cargo administrativo de STIFO, que tenemos la autoridad para deducir de usuario forma 1384 e para las contribuyentes de bajos ingresos (en o par debajo del 250% de las guias federales de podorez), el cargo administrativo de STIFO, que tenemos la autoridad para deducir de usuario forma 1384 e para las contribuyentes de bajos ingresos (en o par debajo del 250% de las guias federales de podorez), el cargo administrativo de setableco de STIFO, que tenemos la autoridad para deducir de usuario forma 1384 e para las cardificacionica de SSIPO o la mesturamos el plan. Puede que usted rotina los reculsitos para el cargo administrativo de reducido de \$43, que puede ser eliminado o reembolsado si se cumplen cientario de si subjecto indicado. - Si no cumple con su plan de pagos a plazos (an para debajo del 250% de las guias federales de podorez) el cargo administrativo de reducido de \$43, que mandia de la cargo administrativo de reducido de \$43, que puede ser eliminado o reembolsado si se cumplen cientario de si subjecto de la cargo administrativo de se trates condicio	Fecha de a	aumento (o disminuciór	n)	Cantidad de aum	ento (o dismin	icion)	Nueva cantidad del pago	o a plazos		
Firma del cónyuge (Si es una obligación conjunta) AGREEMENT LOCATOR NUMBER: Originator's ID #: Originator Code: Check the appropriate boxes: Name: Title: RSI "1" no further review AI "0" Not a PPIA UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDER (Seleccione uno de los encasillados a continuación)	Usted realizindicada en establecido Este acuerdi modificar, si Usted debe Mientras est federales y y Aplicaremos usted adeud compartida en Tiene que piprimer pago Para los cor pobreza), el reducida de forma 13844 Si no cumplicargo admin requisitos picuristos piculistos picu	cará cada pago para que nosotr la parte del frente de este form o, o acumula una deuda adici lo está basado en su condición in estra información muestra o proporcionamos información fi te acuerdo esté en efecto, uste pagar cualquier impuesto (fede s sus reembolsos del impuesto da hasta que se pague complet conforme a la Ley de Cuidado Entendiendo I agar un cargo administrativo de (s). Intribuyentes de bajos ingresos I cargo administrativo es reduci \$43 que puede ser eximida o no e con su plan de pagos a plazo nistrativo de restauración de \$8 ara el cargo administrativo red etas condiciones. Consulte el F es. Tenemos la autoridad para o de que el plan sea restaurado. dica en este documento.	ros (el IRS) lo recibamos p nulario. Si usted no puede ional, avisenos inmediata n financiera actual. El acuer que su habilidad de pagar linanciera que esté al día cued debe presentar todas laseral) que usted adeude, opo federal o los pagos en exc tamente, incluyendo todo p de la Salud a Bajo Precio. Ios cargos administra le \$178, que tenemos la au (en o por debajo del 250% ido a \$43. Podría ser elegit reembolsada si se cumpler ucciones. os y nosotros terminamos e 39.00 si restauramos el plaucido de \$43, que puede se formulario 13844(SP) para deducir este cargo adminis. Si lo restauramos, usted a	ara la fecha de vencimiento realizar un pago ya imente. do lo podemos terminar o na cambiado significativame uando se le solicite. de declaraciones de impuesto ortunamente. deseo (si alguno) a la cantida ago de responsabilidad divos toridad para deducir de su(a de las guías federales de pole por una tarifa de usuario n ciertas condiciones. Vea la la plan, usted tendrá que pa n. Puede que usted reúna le er eliminar lo requisitos e trativo de su(s) primer(os) picepta los términos de este	Aplicase apl període acordo propo ente. Si terri do que aviso de res media si propo en rei en rie: Este a notifica en roide acordo propo en rei en rie: Este a notifica en roide anterio pago en si se en al pago en acordo en en riema pago en si se en acordo en en riema pago en en acordo en en riema pago en en acordo en en riema pago en	remos todos los pagos en cará el pago al estatuto do tributario más antiguo. nos terminar su plan de ido, usted no paga cualque ciona la información finan ininamos su acuerdo, pode o, cuentas bancarias u otra de nosotros antes de la teponsabilidad compartida i inte un embargo o incauta nos terminar este acuerdo go. cuerdo puede que requierado. nos presentar un Aviso de ormente, pero no presenta le responsabilidad compartecio. ar y presentar este formul	este acuerdo en el mejor interés de e recaudación más antiguo, que norr pagos a plazos si: Usted no realiza lier otra deuda del impuesto federal piciera cuando se le solicite. emos cobrar la cantidad completa que os activos (bienes), o embargando s rminación de su acuerdo. EXCEPCIO ndividual conforme a la Ley de Cuidación de su ingreso o propiedad. en cualquier momento si encontram ra aprobación gerencial. Si el acuerdo de Gravamen por el Impuesto Federal, aremos un Aviso de Gravamen por el rida para las personas conforme a la lario, usted autoriza al IRS a comunication de su contra la lario, usted autoriza al IRS a comunication de contra la comunicativa de contra la contra la lario, usted autoriza al IRS a comunicativa contra la contra	malmente es el año tributario o los pagos a plazos como fue para la fecha de vencimiento, o no e usted adeuda embargando su u propiedad. Usted recibirá un ÓN: no podemos cobrar el pago ado de la Salud a Bajo Precio los que el cobro del impuesto está o es aprobado o no, usted será si uno no se ha presentado lImpuesto Federal con respecto al a Ley de Cuidado de la Salud a carse con terceros y divulgarles su		
AGREEMENT LOCATOR NUMBER: Originator's ID #: Originator Code: Check the appropriate boxes: Name: Title: RSI "1" no further review AI "0" Not a PPIA RSI "5" PPIA IMF 2-year review AI "1" Field Asset PPIA AGREEMENT LOCATOR NUMBER: Originator's ID #: Originator Code: Name: Title: UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDER (Seleccione uno de los encasillados a continuación)	Su Firma			Título (S	i es un socio o fur	cionario corporativo)		Fecha		
Check the appropriate boxes: RSI "1" no further review RSI "5" PPIA IMF 2-year review AI "0" Not a PPIA AI "1" Field Asset PPIA Selectione uno de los encasillados a continuación)	Firma del c	cónyuge (Si es una obliga	ación conjunta)					Fecha		
Check the appropriate boxes: RSI "1" no further review RSI "5" PPIA IMF 2-year review AI "0" Not a PPIA AI "1" Field Asset PPIA Selectione uno de los encasillados a continuación)		AGREEMENT LOCA	ATOR NUMBER:		Ori	ginator's ID #:	Originato	or Code:		
RSI "5" PPIA IMF 2-year review Al "1" Field Asset PPIA (Seleccione uno de los encasillados a continuación)	ii o	Check the appropria	ate boxes:		. — Na	me:	Title:			
Check box if pre-assessed modules included Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función) PODRÍA PRESENTARSE SI NO CUMPLE CON ESTE ACU Acuerdo revisado o aprobado por (Firma, título, función) Fecha	PARA EL USC EXCLUSIVO DEL	RSI "1" no further RSI "5" PPIA IMF RSI "6" PPIA BMF Agreement Review C Earliest CSED: Check box if pre-a	review 2-year review F 2-year review Cycle: assessed modules	Al "1" Field As Al "2" All othe	sset PPIA	SELECCIONE UNO DE YA SE HA PRESENTAF	los encasillados a contini SENTADO RÁ INMEDIATAMENTE RÁ CUANDO SE DETERMI	uación) NE EL IMPUESTO 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 establ cidos 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: 1-800-829-3903 (Persona física–Trabajador por Cuenta Propia/Dueño de Negocio, negocios), o 1-800-829-7650 (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.