

Modelo SC 2720Form AS
Rev. 8 jul 08

Estado Libre Asociado de Puerto Rico - *Commonwealth of Puerto Rico*
 Departamento de Hacienda - *Department of the Treasury*
 Negociado de Asistencia Contributiva y Consultas Especializadas - *Tax Assistance and Specialized Consulting Bureau*

**SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REPRODUCIR FORMULARIOS SUSTITUTOS DE
 COMPROBANTE DE RETENCION, CORRECCION AL COMPROBANTE DE RETENCION Y DECLARACIONES INFORMATIVAS**
*REQUEST FOR AUTHORIZATION TO REPRODUCE SUBSTITUTE FORMS OF WITHHOLDING STATEMENT,
 CORRECTED WITHHOLDING STATEMENT AND INFORMATIVE RETURNS*

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| Nombre del patrono o compañía - <i>Employer's or company's name</i> | | Número de identificación patronal - <i>Employer identification number</i> | |
| Nombre comercial - <i>Trade name</i> | | Teléfono - <i>Telephone</i> () | Facsimil - <i>Fax</i> () |
| Nombre de la persona contacto - <i>Name of the contact person</i> | | Título de la persona contacto - <i>Title of the contact person</i> | |
| Dirección postal - <i>Postal address</i> | | Dirección física - <i>Physical address</i> | |
| Correo electrónico - <i>E-mail</i> | | Marque aquí si se dedica a vender el (los) formulario(s) aprobado(s) <input type="checkbox"/> <i>Check here if you sell the approved form(s)</i> | |

Formularios que solicita aprobación y cantidad de empleados, personas contratadas o clientes, lo que aplique:
Forms submitted for approval and amount of employees, contracted persons or clients, whichever applies:

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 499R-2/W-2PR .. _____ | <input type="checkbox"/> 480.6B ... _____ | <input type="checkbox"/> 480.7A .. _____ |
| <input type="checkbox"/> 499R-2c/W-2cPR _____ | <input type="checkbox"/> 480.6C ... _____ | <input type="checkbox"/> 480.7B .. _____ |
| <input type="checkbox"/> 480.5 _____ | <input type="checkbox"/> 480.6D ... _____ | <input type="checkbox"/> 480.7C .. _____ |
| <input type="checkbox"/> 480.6A _____ | <input type="checkbox"/> 480.7 _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Certifico que tengo total conocimiento de la responsabilidad que asumo al recibir aprobación para distribuir formularios sustitutos preparados por mí o mi compañía.
I certify that I have full knowledge of the responsibility that I assume when received authorization to distribute substitute forms prepared by me or my company.

 Firma del patrono o representante autorizado - *Employer's or authorized agent's signature*

 Fecha - *Date*

USO OFICIAL - OFFICIAL USE

NUMERACION:

| Desde | Hasta | Desde | Hasta |
|--|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 499R-2/W-2PR .. _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 480.7 _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 499R-2c/W-2cPR _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 480.7A _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 480.6A _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 480.7B _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 480.6B _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 480.7C _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 480.6C _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 480.6D _____ | _____ | | |

 Aprobado por Supervisor Sección de Aplicación de Pagos Patronal y Estimada

 Fecha