

ANEXO H
(Formulario 1040)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Nombre del empleador

Impuestos sobre el Empleo de Empleados Domésticos

(Para los Impuestos del Seguro Social, del *Medicare*, sobre los Ingresos Retenidos y del Desempleo Federal (*FUTA*))

Adjúntelo al Formulario 1040, 1040-SR, 1040-SS, 1040-NR o 1041.

Visite www.irs.gov/ScheduleHSP para obtener las instrucciones y la información más reciente.

OMB No. 1545-0074

2024

Attachment
Sequence No. **44**

Número de Seguro Social

Número de identificación del empleador (EIN)

Los contribuyentes que presentan a base de año natural que no tenían empleados domésticos en 2024 no tienen que completar este formulario para 2024.

A ¿Le pagó a **algún** empleado doméstico salarios en efectivo de \$2,700 o más en 2024? (Si algún empleado doméstico era su cónyuge, su hijo menor de 21 años de edad, uno de sus padres o cualquier persona menor de 18 años de edad, vea las instrucciones para la línea **A** antes de contestar esta pregunta).

- Sí.** Omite las líneas **B** y **C** y pase a la línea **1**.
- No.** Pase a la línea **B**.

B ¿Le retuvo impuesto federal sobre el ingreso durante 2024 a algún empleado doméstico?

- Sí.** Omite la línea **C** y pase a la línea **7**.
- No.** Pase a la línea **C**.

C ¿Les pagó a **todos** los empleados domésticos el **total** de salarios en efectivo de \$1,000 o más en **cualquier trimestre** natural de 2023 o 2024? (**No** cuente los salarios en efectivo pagados en 2023 o 2024 a su cónyuge, a su hijo menor de 21 años de edad o a uno de sus padres).

- No. No siga.** No presente este anexo.
- Sí.** Omite las líneas **1** a **9** y pase a la línea **10**.

Parte I Impuestos del Seguro Social, del Medicare y Federal sobre el Ingreso

1	Total de salarios en efectivo sujetos al impuesto del Seguro Social	1		
2	Impuesto del Seguro Social. Multiplique la línea 1 por el 12.4% (0.124)			2
3	Total de salarios en efectivo sujetos al impuesto del <i>Medicare</i>	3		
4	Impuesto del <i>Medicare</i> . Multiplique la línea 3 por el 2.9% (0.029)			4
5	Total de salarios en efectivo sujetos a la retención del Impuesto Adicional del <i>Medicare</i>	5		
6	Retención del Impuesto Adicional del <i>Medicare</i> . Multiplique la línea 5 por el 0.9% (0.009)			6
7	Impuesto federal sobre el ingreso retenido, si alguno			7
8	Total de impuestos del Seguro Social, del <i>Medicare</i> y federal sobre el ingreso. Sume las líneas 2, 4, 6 y 7			8

9 ¿Les pagó a **todos** los empleados domésticos el **total** de salarios en efectivo de \$1,000 o más en **cualquier trimestre** natural de 2023 o 2024? (**No** cuente los salarios en efectivo pagados en 2023 o 2024 a su cónyuge, a su hijo menor de 21 años de edad o a uno de sus padres).

- No. No siga.** Incluya la cantidad de la línea 8 en la línea 9 del Anexo 2 (Formulario 1040). Si no está requerido a presentar el Formulario 1040, vea las instrucciones para la línea 9.
- Sí.** Pase a la línea 10.

Parte II Impuesto Federal para el Desempleo (FUTA)

	Sí	No
10 ¿Pagó contribuciones para el desempleo solamente a un estado? Si pagó contribuciones a un estado con reducción en el crédito, vea las instrucciones y marque el recuadro "No"	10	
11 ¿Pagó todas las contribuciones estatales para el desempleo requeridas de 2024 para el 15 de abril de 2025? Si presenta a base de año fiscal, vea las instrucciones	11	
12 ¿Estaban todos los salarios que están sujetos al impuesto federal para el desempleo (FUTA) sujetos también al impuesto estatal para el desempleo?	12	

Siguiente: Si marcó el recuadro "Sí" en **todas** las líneas anteriores, complete la **Sección A**.
Si marcó el recuadro "No" en **cualquiera** de las líneas anteriores, omita la **Sección A** y complete la **Sección B**.

Sección A

13 Nombre del estado donde pagó las contribuciones al fondo de desempleo		
14 Contribuciones pagadas a su fondo estatal de desempleo	14	
15 Total de salarios en efectivo sujetos al impuesto federal para el desempleo (FUTA)		15
16 Impuesto FUTA. Multiplique la línea 15 por el 0.6% (0.006). Anote el resultado aquí, omita la Sección B y pase a la línea 25		16

Sección B

17 Complete todas las columnas a continuación que le correspondan (si necesita más espacio, vea las instrucciones):

(a) Nombre del estado	(b) Salarios sujetos al impuesto (según la ley estatal)	(c) Período de la tasa de experiencia estatal		(d) Tasa de experiencia estatal	(e) Multiplique la col. (b) por 0.054	(f) Multiplique la col. (b) por la col. (d)	(g) Reste la col. (f) de la col. (e). Si es cero o menos, anote "-0-"	(h) Contribuciones pagadas al fondo estatal de desempleo
		Desde	Hasta					
18 Totales						18		
19 Sume las columnas (g) y (h) de la línea 18						19		
20 Total de salarios en efectivo sujetos al impuesto federal para el desempleo (FUTA) (vea las instrucciones para la línea 15)							20	
21 Multiplique la línea 20 por el 6.0% (0.06)							21	
22 Multiplique la línea 20 por el 5.4% (0.054)						22		
23 De las líneas 19 y 22, anote la que sea menor . (Si pagó contribuciones estatales para el desempleo fuera de plazo o está en un estado con reducción en el crédito, vea las instrucciones y marque aquí) <input type="checkbox"/>							23	
24 Impuesto FUTA. Reste la línea 23 de la línea 21. Anote el resultado aquí y pase a la línea 25							24	

Parte III Total de Impuestos sobre el Empleo de Empleados Domésticos

25 Anote la cantidad de la línea 8. Anote "-0-" si marcó el recuadro "Sí" en la línea C de la página 1	25	
26 Sume la línea 16 (o la línea 24) y la línea 25	26	
27 ¿Está requerido a presentar el Formulario 1040? <input type="checkbox"/> Sí. No siga. Incluya la cantidad de la línea 26, anteriormente, en la línea 9 del Anexo 2 (Formulario 1040). No complete la Parte IV a continuación. <input type="checkbox"/> No. Puede que tenga que completar la Parte IV. Vea las instrucciones para detalles.		

Parte IV Dirección y Firma—Complete esta parte solamente si se le requiere. Vea las instrucciones para la línea 27.

Dirección (calle y número) o número de apartado postal, si la correspondencia no es entregada a la dirección física	Núm. de apt., oficina o suite
Ciudad, pueblo u oficina postal, estado y código postal (ZIP)	

Bajo pena de perjurio, afirmo que he examinado lo declarado en este anexo, incluyendo las declaraciones adjuntas, y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo. Ninguna parte de cualquier pago hecho a un fondo estatal de desempleo por la que reclamo crédito fue, o va a ser, deducida de los pagos hechos a los empleados. La declaración del preparador (que no es el contribuyente) está basada en toda la información sobre la cual el preparador tiene conocimiento.

Firma del empleador	Fecha															
Para Uso Exclusivo del Preparador Remunerado	<table border="1"> <tr> <td>Escriba el nombre del preparador</td> <td>Firma del preparador</td> <td>Fecha</td> <td>Marque aquí si trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/></td> <td>PTIN</td> </tr> <tr> <td>Nombre de la empresa</td> <td colspan="2">EIN de la empresa</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Dirección de la empresa</td> <td colspan="2">Número de teléfono</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Escriba el nombre del preparador	Firma del preparador	Fecha	Marque aquí si trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/>	PTIN	Nombre de la empresa	EIN de la empresa				Dirección de la empresa	Número de teléfono			
Escriba el nombre del preparador	Firma del preparador	Fecha	Marque aquí si trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/>	PTIN												
Nombre de la empresa	EIN de la empresa															
Dirección de la empresa	Número de teléfono															