

**Solicitud para la Reducción del Cargo Administrativo para el Plan de Pagos a Plazos**

Después del 1 de enero del 2007, el cargo administrativo para entrar en un acuerdo de plan de pago a plazos, puede reducirse a \$43 para los individuos cuyo ingreso cae por debajo de 250% de la norma, establecida por las guías de pobreza que se actualizan anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal. El cargo administrativo reducido para los individuos no aplica a las corporaciones o sociedades. Use este formulario para solicitar la reducción del cargo administrativo. Favor de incluir el Formulario 433-A si su ingreso ha disminuido recientemente y Ud. desea solicitar la cuota reducida. Si su aplicación se le concede, la cantidad de cualquier cargo administrativo cobrado en exceso de \$43 se aplicará contra sus obligaciones del Código de Rentas Internas, eso reducirá la cantidad del interés y las multas que podrían aumentar. Para solicitar la reducción de la cuota administrativa, envíe por correo éste formulario a: IRS, P.O. Box 219236, Stop 5050, Kansas City, MO 64121-9236.

**Si usted es un individuo, siga los pasos en la parte de abajo para determinar si califica para una reducción del cargo administrativo del plan de pago a plazos.**

- Tamaño de la Unidad Familiar** \_\_\_\_\_. Escriba el número total de dependientes (incluyéndose a usted y su cónyuge) reclamados en su declaración de impuestos del ingreso actual (Forma 1040, Línea 6d).
- Total de Ingreso** \_\_\_\_\_. Escriba la cantidad total de ingreso informada en su declaración de impuestos del ingreso actual (Forma 1040, Línea 22).
- Compare la información que usted escribió en las partidas 1 y 2, en la parte de arriba, con las Guías Reducidas del Cargo Administrativo Sobre el Ingreso en la tabla de abajo. Encuentre el "Tamaño de la Unidad Familiar" igual al número que usted escribió en la partida 1. Luego, busque la columna que representa donde usted reside (48 Estados Inmediatos y DC ..., Alaska o Hawaii). Compare el Ingreso Total que usted escribió en la partida 2 al número en la fila y columna que corresponden al tamaño de su unidad familiar y residencia. Por ejemplo, si usted reside en uno de los 48 estados inmediatos, y el tamaño de la unidad familiar de la partida 1 arriba es 4, y su Ingreso Total de la partida 2 arriba es \$50,000, entonces usted está calificado para una reducción del cargo administrativo del plan de pago a plazos porque su ingreso es menor de \$60,750 de la cantidad en la guía de ingresos.
- Si el ingreso total que usted escribió en la partida 2 es mayor que la cantidad mostrada para el tamaño de su unidad familiar y residencia en las Guías Reducidas del Cargo Administrativo Sobre el Ingreso en la tabla de abajo, usted no califica para una reducción del cargo administrativo del plan de pago a plazos.
- Si el ingreso total que usted escribió en la partida 2 es igual a o menor que la cantidad mostrada para su tamaño de la unidad familiar y residencia en las Guías Reducidas del Cargo Administrativo Sobre el Ingreso en la tabla de abajo, usted puede calificar para una reducción del cargo administrativo del plan de pago a plazos. Si califica para una reducción del cargo administrativo basado en su nivel de ingreso, debe firmar y escribir la fecha en la parte de la certificación de este formulario y someterlo al IRS dentro de los 30 días de la fecha de la carta de aceptación del Plan de Pago a Plazos que usted recibió. **Las aplicaciones que fueron sometidas después de la fecha de vencimiento no serán consideradas para ser calificadas.**

Guías Reducidas del Cargo Administrativo Sobre el Ingreso

Tamaño de la Unidad Familiar	48 Estados Inmediatos y D.C.	Alaska	Hawaii
1	\$29,700	\$37,100	\$34,175
2	\$40,050	\$50,050	\$46,075
3	\$50,400	\$63,000	\$57,975
4	\$60,750	\$75,950	\$69,875
5	\$71,100	\$88,900	\$81,775
6	\$81,450	\$101,850	\$93,675
7	\$91,825	\$114,800	\$105,575
8	\$102,225	\$127,800	\$117,525
Para cada persona adicional, sume	\$10,400	\$13,000	\$11,950

**Fuente:** Basado en las Guías de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos del 2016, Registro Federal, Document Citation 81 FR 4036, 25 de enero de 2016, pp. 4036-4037.

Su Nombre ( <i>Apellido, primer nombre, inicial</i> ) ( <i>Favor de imprimir</i> )	Número de Seguro Social (SSN) ó Número de Identificación de Contribuyente (TIN)
Nombre del Cónyuge ( <i>Apellido, primer nombre, inicial</i> ) ( <i>Favor de imprimir</i> )	Número de Seguro Social (SSN) ó Número de Identificación de Contribuyente (TIN)

**Certificación:** Yo certifico bajo pena de perjurio que yo soy elegible para una reducción del cargo administrativo del plan de pago a plazos basado en el tamaño de mi unidad familiar e ingreso.

Su Firma	Fecha
Firma del Cónyuge ( <i>Si es una obligación conjunta</i> )	Fecha