

Formulario 433-D

(julio de 2024)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Plan de Pago a Plazos

(Vea las instrucciones al dorso de esta página)



Form 433-D (OIC) (Rev.7 2024) Catalog Number 92639Z
Department of the Treasury **Internal Revenue Service** www.irs.gov



Visit the Accessibility
Page on IRS.gov

This page intentionally left blank

Formulario 433-D (julio de 2024)		Department of the Treasury - Internal Revenue Service Plan de Pago a Plazos (Vea las instrucciones al dorso de esta página)	
Nombre y dirección del (los) contribuyente(s)		Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (SSN/ITIN/EIN) (Contribuyente) (Cónyuge)	
		Sus números de teléfonos: (incluyendo el código de área) (Residencia) (Trabajo, celular o negocio)	
		Para ayuda llame al: 1-800-829-3903 (Personas físicas - Trabajadores por cuenta propia/Dueños de negocios, Negocios) o al 1-800-829-7650 (Personas físicas - Asalariados)	
<input type="checkbox"/> Presente un nuevo Formulario W-4(SP) a su empleador para aumentar su retención de impuestos.		O escriba: _____ (Ciudad, estado y zona postal)	
Tipos de impuestos (Números de los Formularios)		Períodos tributarios	Cantidad adeudada al _____ \$
Yo / Nosotros acordamos pagar los impuestos federales mostrados anteriormente, MÁS LAS MULTAS E INTERESES CONFORME A LA LEY, como sigue: \$ _____ el _____ y \$ _____ el _____ de cada mes sucesivo			
Yo / Nosotros también acordamos aumentar o disminuir los pagos del plan de pago a plazos anteriores, como sigue:			
Fecha de aumento (o disminución)	Cantidad de aumento (o disminución)	Nueva cantidad de pago a plazos	
Las condiciones de este acuerdo se proporcionan al dorso de esta página. Por favor, revíselas detenidamente.			
<input type="checkbox"/> Al escribir mis iniciales aquí y mi firma a continuación, acepto los términos de este acuerdo, según lo dispuesto en este formulario, si es aprobado por el Servicio de Impuestos Internos.			
Condiciones/Términos adicionales (Para ser completado por el IRS)		Al firmar y presentar este formulario, autorizo al IRS a comunicarse con terceros y a divulgar mi información tributaria a terceros con el fin de tramitar y administrar este acuerdo durante su duración.	

DÉBITO DIRECTO -- Adjunte un cheque anulado o complete esta parte solamente si escoge efectuar sus pagos por débito directo. Lea las instrucciones al dorso de esta página.

a. Número de ruta:
b. Número de cuenta:

Autorizo al Departamento del Tesoro estadounidense y a su Agente Financiero designado a iniciar una entrada mensual de débito ACH (*retiro electrónico*) en la cuenta de la institución financiera indicada para el pago de mis impuestos federales adeudados, y a la institución financiera a debitar la entrada a esta cuenta. Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que notifique al Servicio de Impuestos Internos terminar la autorización. Si deseo detener el pago conforme a mi acuerdo de pagos a plazos de débito directo, puedo hacerlo comunicándome con mi institución financiera, ya sea verbalmente o por escrito, al menos tres (3) días laborables antes de la próxima transferencia electrónica de fondos programada. Alternativamente, si hay al menos catorce (14) días laborables antes de la próxima transferencia electrónica de fondos programada, puedo comunicarme con el Servicio de Impuestos Internos al número de teléfono gratuito correspondiente indicado anteriormente. También autorizo a las instituciones financieras involucradas en el trámite de los pagos electrónicos de impuestos a recibir la información confidencial necesaria para responder a las preguntas y resolver los problemas relacionados con los pagos.

Autoidentificación para pagos de débito

Si no puede realizar los pagos electrónicos a través de un instrumento de débito (pagos de débito) proporcionando su información bancaria en a. y b. indicados anteriormente, marque la casilla a continuación:

☐ No puedo realizar los pagos de débito.

Nota: El no marcar esta casilla indica que usted puede pero elige no realizar los pagos de débito. Consulte las instrucciones para el contribuyente a continuación para obtener más detalles.

Su firma	Fecha	Título (Si es funcionario corporativo o socio)	Firma del cónyuge (si es una obligación conjunta)	Fecha

PARA EL USO EXCLUSIVO DEL IRS

AGREEMENT LOCATOR NUMBER: _ _ _ _

Marque las casillas apropiadas:

- | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RSI "1" no further review | <input type="checkbox"/> AI "0" Not a PPIA |
| <input type="checkbox"/> RSI "5" PPIA IMF 2 year review | <input type="checkbox"/> AI "1" Field Asset PPIA |
| <input type="checkbox"/> RSI "6" PPIA BMF 2 year review | <input type="checkbox"/> AI "2" All other PPIAs |

Agreement Review Cycle _ _ _ _ Earliest CSED _ _ _ _

☐ Check box if pre-assessed modules included.

Originator's ID number _ _ _ _ Originator Code _ _ _ _
Name _ _ _ _ Title _ _ _ _

UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDERAL
(Seleccione una de las casillas a continuación)

- ☐ YA SE HA PRESENTADO
☐ SE PRESENTARÁ INMEDIATAMENTE
☐ SE PRESENTARÁ CUANDO SE DETERMINE EL IMPUESTO
☐ PUEDE PRESENTARSE SI SE INCUMPLE ESTE ACUERDO

NOTA: NO SE PRESENTARÁ UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDERAL SOBRE NINGUNA PARTE DE SU DEUDA QUE CORRESPONDA AL PAGO DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA INDIVIDUAL CONFORME A LA LEY DE CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO.

Agreement examined or approved by (<i>Signature, title, function</i>)	Date

Formulario 433-D (julio de 2024)		Department of the Treasury - Internal Revenue Service Plan de Pago a Plazos (Vea las instrucciones al dorso de esta página)	
Nombre y dirección del (los) contribuyente(s)		Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (SSN/ITIN/EIN) (Contribuyente) (Cónyuge)	
		Sus números de teléfonos: (incluyendo el código de área) (Residencia) (Trabajo, celular o negocio)	
		Para ayuda llame al: 1-800-829-3903 (Personas físicas - Trabajadores por cuenta propia/Dueños de negocios, Negocios) o al 1-800-829-7650 (Personas físicas - Asalariados)	
<input type="checkbox"/> Presente un nuevo Formulario W-4(SP) a su empleador para aumentar su retención de impuestos.		O escriba: _____ (Ciudad, estado y zona postal)	
Tipos de impuestos (Números de los Formularios)		Períodos tributarios	Cantidad adeudada al _____ \$
Yo / Nosotros acordamos pagar los impuestos federales mostrados anteriormente, MÁS LAS MULTAS E INTERESES CONFORME A LA LEY, como sigue: \$ _____ el _____ y \$ _____ el _____ de cada mes sucesivo			
Yo / Nosotros también acordamos aumentar o disminuir los pagos del plan de pago a plazos anteriores, como sigue:			
Fecha de aumento (o disminución)	Cantidad de aumento (o disminución)		Nueva cantidad de pago a plazos
Las condiciones de este acuerdo se proporcionan al dorso de esta página. Por favor, revíselas detenidamente.			
<input type="checkbox"/> Al escribir mis iniciales aquí y mi firma a continuación, acepto los términos de este acuerdo, según lo dispuesto en este formulario, si es aprobado por el Servicio de Impuestos Internos.			
Condiciones/Términos adicionales (Para ser completado por el IRS)			Al firmar y presentar este formulario, autorizo al IRS a comunicarse con terceros y a divulgar mi información tributaria a terceros con el fin de tramitar y administrar este acuerdo durante su duración.

DÉBITO DIRECTO -- Adjunte un cheque anulado o complete esta parte solamente si escoge efectuar sus pagos por débito directo. Lea las instrucciones al dorso de esta página.

a. Número de ruta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. Número de cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorizo al Departamento del Tesoro estadounidense y a su Agente Financiero designado a iniciar una entrada mensual de débito ACH (*retiro electrónico*) en la cuenta de la institución financiera indicada para el pago de mis impuestos federales adeudados, y a la institución financiera a debitar la entrada a esta cuenta. Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que notifique al Servicio de Impuestos Internos terminar la autorización. Si deseo detener el pago conforme a mi acuerdo de pagos a plazos de débito directo, puedo hacerlo comunicándome con mi institución financiera, ya sea verbalmente o por escrito, al menos tres (3) días laborables antes de la próxima transferencia electrónica de fondos programada. Alternativamente, si hay al menos catorce (14) días laborables antes de la próxima transferencia electrónica de fondos programada, puedo comunicarme con el Servicio de Impuestos Internos al número de teléfono gratuito correspondiente indicado anteriormente. También autorizo a las instituciones financieras involucradas en el trámite de los pagos electrónicos de impuestos a recibir la información confidencial necesaria para responder a las preguntas y resolver los problemas relacionados con los pagos.

Autoidentificación para pagos de débito

Si no puede realizar los pagos electrónicos a través de un instrumento de débito (pagos de débito) proporcionando su información bancaria en a. y b. indicados anteriormente, marque la casilla a continuación:

☐ No puedo realizar los pagos de débito.

Nota: El no marcar esta casilla indica que usted puede pero elige no realizar los pagos de débito. Consulte las instrucciones para el contribuyente a continuación para obtener más detalles.

Su firma	Fecha	Título (Si es funcionario corporativo o socio)	Firma del cónyuge (si es una obligación conjunta)	Fecha

PARA EL USO EXCLUSIVO DEL IRS

AGREEMENT LOCATOR NUMBER: — — — —

Marque las casillas apropiadas:

☐ RSI “1” no further review

☐ AI “0” Not a PPIA

☐ RSI “5” PPIA IMF 2 year review

☐ AI “1” Field Asset PPIA

☐ RSI “6” PPIA BMF 2 year review

☐ AI “2” All other PPIAs

Agreement Review Cycle — — — — — — Earliest CSED _____

☐ Check box if pre-assessed modules included.

Originator’s ID number _____ Originator Code _____

Name _____ Title _____

UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDERAL
(Seleccione una de las casillas a continuación)

☐ YA SE HA PRESENTADO

☐ SE PRESENTARÁ INMEDIATAMENTE

☐ SE PRESENTARÁ CUANDO SE DETERMINE EL IMPUESTO

☐ PUEDE PRESENTARSE SI SE INCUMPLE ESTE ACUERDO

NOTA: NO SE PRESENTARÁ UN AVISO DE GRAVAMEN POR EL IMPUESTO FEDERAL SOBRE NINGUNA PARTE DE SU DEUDA QUE CORRESPONDA AL PAGO DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA INDIVIDUAL CONFORME A LA LEY DE CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO.

Agreement examined or approved by (<i>Signature, title, function</i>)	Date

INSTRUCCIONES PARA EL CONTRIBUYENTE

Si no se ha completado por un empleado del IRS, por favor, complete la información en los espacios proporcionados en el frente de este formulario para:

- Su nombre (*incluya el nombre del cónyuge si es una declaración conjunta*) y la dirección actual; su número de Seguro Social y/o número de identificación del empleador (*el que corresponda a su obligación tributaria*); los números de teléfonos de su residencia, celular, trabajo o negocio);
- La cantidad que puede pagar ahora como pago parcial;
- La cantidad que puede pagar cada mes (o la cantidad determinada por el personal del IRS); y
- La fecha que prefiere para realizar su pago (*tiene que ser el mismo día para cada mes, del 1 al 28*). Debemos recibir su pago para esta fecha. Si elige la opción de débito directo, esta es la fecha en que desea que su pago se retire electrónicamente de su cuenta de la institución financiera.

Revise las condiciones de este acuerdo. Cuando haya completado este formulario de acuerdo, por favor, firme y féchelo. Luego, devuelva la Parte 1 al IRS a la dirección de la carta que vino con él o a la dirección que se muestra en la casilla “Para ayuda” en el frente del formulario.

Condiciones de este acuerdo

Al completar y presentar este acuerdo, usted (*el contribuyente*) acepta las siguientes condiciones:

- Este acuerdo permanecerá vigente hasta que sus obligaciones (*incluyendo las multas e intereses*) se paguen por completo, el término del período estatutario para el cobro haya expirado o el acuerdo se haya terminado. Usted recibirá un aviso nuestro antes de la terminación de su acuerdo.
- Usted efectuará cada pago para que nosotros (*el IRS*) lo recibamos para la fecha del mes de vencimiento indicada en el frente de este formulario. ***Si no puede realizar un pago programado, comuníquese con nosotros inmediatamente.***
- Este acuerdo se basa en su condición financiera actual. Podemos cambiar o cancelar el acuerdo si nuestra información muestra que su capacidad de pago ha cambiado considerablemente. Usted debe proporcionar información financiera actualizada cuando se le solicite.
- Mientras este plan está en vigor, usted tiene que presentar todas las declaraciones de impuestos federales y pagar todo impuesto (*federal*) que adeude oportunamente.
- Aplicaremos sus reembolsos de impuestos federales o pagos en exceso (*si los hay*) a la cantidad total que adeuda, incluyendo el pago de responsabilidad compartida conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, hasta que se pague en su totalidad o el período estatutario para el cobro haya expirado.

Cómo entender los cargos de usuarios

Usted tiene que pagar un cargo administrativo de \$178, si usted inicia un acuerdo de no-Débito Directo.

- Usted tiene que pagar un cargo administrativo de \$107, si usted inicia un acuerdo de Débito Directo. Su primer retiro será el costo del cargo administrativo o el pago mensual acordado, lo que sea mayor.
- Para los contribuyentes de bajos ingresos (que se encuentran en el 250% o menos de las guías federales de pobreza), el cargo de usuario se reduce a \$43. El cargo reducido de usuario será exonerado si acepta realizar pagos electrónicos a través de un instrumento de débito al proporcionar su información bancaria en la sección de Débito directo de este formulario. Para los contribuyentes de bajos ingresos que no pueden realizar pagos electrónicos a través de un instrumento de débito, el cargo reducido de usuario se le reembolsará al finalizar el plan de pagos a plazos. Consulte el auto identificador (Self-Identifier) de pago con débito en la página 1 y el Formulario 13844 para conocer los requisitos e instrucciones.
- Es posible que haya cargos de usuario más bajos disponibles a través de nuestro sistema en línea. Para determinar si su plan de pagos califica, visite www.IRS.gov/cuenta.
- Si incumple su plan de pago a plazos, tiene que pagar un cargo de restauración de \$89 si restauramos su plan. Tenemos la autoridad para deducir este cargo de su(s) primer(os) pago(s) después de que se restaure el acuerdo. Para los contribuyentes de bajos ingresos (igual o inferior al 250% de las guías federales de pobreza), el cargo de restauración se reduce a \$43. El cargo de restauración reducido se eliminará si usted acepta realizar pagos electrónicos a través de un instrumento de débito. Para los contribuyentes de bajos ingresos que no pueden realizar pagos electrónicos a través de un

instrumento de débito, el cargo de restauración reducido se reembolsará a la finalización del plan de pago a plazos.

- Aplicaremos todos los pagos de este plan en el mejor interés de los Estados Unidos. Por lo general aplicamos el pago al cobro estatutario más antiguo, que es normalmente el año o período tributario más antiguo.
- Podemos cancelar su plan de pago a plazos si:
 - No realiza los pagos mensuales del plan como fue acordado. No paga ninguna otra deuda de impuestos federales para la fecha de vencimiento. No proporciona la información financiera cuando se le solicita.
 - Si le cancelamos su plan, podemos cobrar la cantidad completa que usted adeuda, EXCEPTO el Pago de responsabilidad compartida individual conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, mediante el embargo de sus ingresos, cuentas bancarias u otros bienes, o por la confiscación de su propiedad.
- Podemos cancelar este plan en cualquier momento si encontramos que el cobro del impuesto está en riesgo.
- Este plan puede requerir la aprobación de un supervisor. Le notificaremos cuando aprobemos o no aprobemos el acuerdo.
- Podemos presentar un Aviso de Gravamen por el Impuesto Federal si uno no ha sido presentado anteriormente, pero no presentaremos un Aviso de Gravamen por el Impuesto Federal con respecto al Pago de responsabilidad compartida individual conforme a la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.
- Usted autoriza al *IRS* a comunicarse con terceros y a divulgar su información tributaria a terceros con el fin de tramitar y administrar este acuerdo durante su duración.

CÓMO PAGAR POR DÉBITO DIRECTO

En lugar de enviarnos un cheque, usted puede pagar por débito directo (*retiro electrónico*) de su cuenta de cheques a una institución financiera (*como un banco, fondo mutuo, empresa de corretaje, o cooperativa de crédito*). Para hacer esto, complete las Líneas a. y b. Comuníquese con su institución financiera para asegurarse de que se permite un débito directo y para obtener los números correctos de ruta y de cuenta.

Línea a. Los primeros dos dígitos del número de ruta deben ser 01 a 12 o 21 a 32. No utilice un talonario de depósito para verificar el número porque puede contener números internos de la asignación de ruta que no forman parte del número de ruta real.

Línea b. El número de cuenta puede tener hasta 17 caracteres. Incluya los guiones, pero omita los espacios y los símbolos especiales. Escriba el número de izquierda a derecha y deje en blanco las casillas no utilizadas.

LISTA DE CONTROL PARA REALIZAR LOS PAGOS A PLAZOS:

1. Escriba su número de Seguro Social o número de identificación del empleador en cada pago.
2. Haga su cheque o giro pagadero a "*United States Treasury*".
3. Realice cada pago en una cantidad por lo menos igual a la cantidad especificada en este plan.
4. No duplique un pago para omitir el siguiente sin primero comunicarse con nosotros.
5. Incluya una copia del aviso de recordatorio, si recibió uno, con cada pago utilizando el sobre proporcionado. Realice un pago incluso si no recibe un aviso de recordatorio. Escriba el tipo de

impuesto, período tributario y las palabras "Installment Agreement" en su pago. Por ejemplo: "1040, 12/31/2022, Installment Agreement". Usted debe elegir el período de impuestos sin pagar más antiguo de su acuerdo. Envíe el pago por correo a la dirección del IRS indicada en el frente de este formulario.

6. Si no recibió un sobre, llame al número indicado en la parte superior de la Parte 2.
7. En el caso de que el retiro del pago no ocurra según lo programado, espere un mes adicional antes de comunicarse con nosotros para informar cualquier problema.
8. Para realizar pagos voluntarios electrónicamente, visite www.IRS.gov/Pagos para obtener las opciones de pago.

Este plan no afectará su obligación (*si la hay*) para la retención adicional de impuestos conforme a la Ley Pública 98-67, "Ley de Cumplimiento sobre Intereses y Dividendos de 1983".

¿PREGUNTAS? — Si tiene **preguntas** acerca del proceso de débito directo o sobre cómo completar este formulario, llame al número de teléfono correspondiente en su aviso o al número de teléfono indicado en la parte superior de este formulario para obtener ayuda.