



**Individual Characteristics Form (ICF)
Work Opportunity Tax Credit**

U.S. Department of Labor
Employment and Training Administration

SPANISH VERSION

OMB Control No. 1205-0371
Fecha de Expiración: 31 de Enero de 2020

1. Numero de Control (Para uso de la Agencia solamente)

Información del Solicitante

(Esta forma en Español **NO** es la oficial. Úsela solo para familiarizarse con las preguntas. Luego conteste, firme, y feche la forma en Ingles)

2. Fecha en que la información fue recibida.

INFORMACION DEL PATRONO

3. Nombre del Patrono

4. Dirección y Teléfono del Patrono

5. Numero Federal ID (EIN) (Patrono)

INFORMACION DEL SOLICITANTE

6. Nombre del Solicitante (Apellido, Primer, Inicial)

7. Numero Seguro Social:

8. Ha trabajado para este patrono antes?
Si ____ No ____
Si contesta "Si" provea la fecha de su ultimo empleo:

(Fecha)

REQUISITOS QUE HACEN AL SOLICITANTE ELEGIBLE PARA CERTIFICACION BAJO WOTC

9. Fecha en que comenzó a trabajar

10. Salario:

11. Posición/Título:

12. Tiene Ud., por lo menos 16 años, pero es menor de 40? Si ____ No ____
Si contesta SI, provea su *fecha de nacimiento*: _____

13. Es Ud. un Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América (USA)? Si ____ No ____
Si contesta NO, llene el encasillado 14.
Si contesta SI, es Ud. miembro de una familia que recibió beneficios de "Pan y Trabajo" (Aplica a Puerto Rico solamente o que recibió Cupones para Alimentos (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) (o sea, Food Stamps) por lo menos por 3 mese durante los 15 meses antes de ser empleado? Si ____ No ____
Si contesta SI, provea nombre del *beneficiario principal* _____ y el nombre de la ciudad/estado donde recibió los beneficios _____,
O, es Ud. un Veterano con derecho a beneficios por *Incapacidad Física* relacionados con su *servicio militar*? Si ____ No ____
Si contesta SI, fue Ud. dado de baja del servicio activo militar un año antes de ser empleado? Si ____ No ____
O, estuvo Ud. desempleado por un periodo de por lo menos 6 meses durante el año antes de ser empleado? Si ____ No ____

14. Es Ud. miembro de una familia que recibió beneficios bajo el *Programa Pan y Trabajo* (en P.R.) o beneficios bajo el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) Cupones de Alimento (o sea Food Stamps) durante los 6 meses antes de ser empleado? Si ____ No ____
O, recibió beneficios bajo el programan SNAP (Cupones de Alimentos) por un periodo de 3 meses durante los 5 meses antes de ser empleado pero ya no recibe estos beneficios? Si ____ No ____
Si contesta SI, a **cualquiera de las preguntas**, provea el nombre del *beneficiario principal* _____ y la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.

Ciudad/Estado

Individual Characteristics Form (ICF)
Work Opportunity Tax Credit
(Continuacion)

U.S. Department of Labor
 Employment and Training Administration

SPANISH VERSION

15. Fue Ud. referido a un patrono por una Agencia de Rehabilitación Vocacional Estatal? <input type="radio"/> , por un "Employment Network" bajo el programa "Ticket to Work" del Seguro Social? <input type="radio"/> , por el Departamento de Asuntos del Veterano?	Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___
16. Es Ud., miembro de una familia que recibió asistencia TANF por lo menos en los últimos 18 meses antes de ser empleado? <input type="radio"/> , es Ud. miembro de una familia que recibió asistencia TANF por cualquier periodo de 18 meses comenzando estos beneficios después del 5 de agosto de 1997, y el ultimo periodo de 18 meses que comenzó después del 5 de agosto de 1997, termino 2 años antes de Ud. ser empleado? <input type="radio"/> , su familia no cualificó para asistencia TANF durante 2 años antes de ser empleado pero una ley Federal o estatal limito el período máximo para Ud. recibir esos pagos? Si contesta No , es Ud., miembro de una familia que recibió asistencia TANF por 9 meses durante los 18 meses antes de ser empleado? Si contesta Si , provea el nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Nombre</div> y el nombre de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Ciudad/Estado</div>	Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___
17. Fue Ud. convicto por un delito o violación a la ley y puesto en libertad después de la encarcelación durante el año antes de Ud. ser empleado? Si contesta SI , provea la <i>fecha de apresamiento (o encarcelación)</i> _____ y la <i>fecha de excarcelación (o cuando fue puesto en libertad)</i> _____. Indique con un (✓) si esta fue una convicción Federal ____ o Estatal _____.	Si ___ No ___
18. Vive Ud. en un "Rural Renewal County (RRC) o en un Empowerment Zone?"	Si ___ No ___
19. Recibió Ud. beneficios de "Supplemental Security Income (SSI)" por cualquier mes y los beneficios terminaron 60 días antes de ser empleado?	Si ___ No ___
20. Es Ud., un Veterano y ha estado desempleado por un período combinado de 6 meses (consecutivos o no) durante el año inmediatamente antes de ser empleado?	Si ___ No ___
21. Es Ud., un Veterano y ha estado desempleado por un periodo combinado de, por lo menos, 4 semanas pero menos de 6 meses durante el año inmediatamente antes de ser empleado?	Si ___ No ___
22. Ha estado Ud. desempleado por un periodo de no menos de 27 semanas consecutivas y durante o parte de este tiempo ha recibido Ud. beneficios por desempleo? Si contesta SI , en qué estado recibió los beneficios por desempleo en? _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">(estado)</div>	Si ___ No ___
23. Evidencia para documentar elegibilidad: (Patronos: Favor de indicar con su nombre en este encasillado los documentos que envió con esta forma o los que enviara luego. SWAs: Indiquen con su nombre, los documentos que usaron para determinar si el empleado es elegible o no. El agente oficial que completo esta determinación deberá escribir sus iniciales y fecha en que dicha determinación se llevó a cabo.) Patrono o Veterano: Someta documentación necesaria para corroborar su elegibilidad como <i>Veterano Desempleado</i> durante el periodo requerido (Vea ejemplos de documentos/cartas en las Instrucciones de la versión oficial en Ingles de ETA Form 9061). <u>Preguntas 20, 21 y 22 (Ejemplos de documentación).</u> <input checked="" type="checkbox"/> Completar, fechar y firmar "Self-Attestation Form," ETA Form 9175, OMB Exp. Date: MM/DD/YY	

Empty box for signature and date.

Certifico que esta información es verídica y correcta y entiendo que dicha información esta sujeta a verificación.

24.(a). Firma: (Vea instrucciones en el encasillado 23(b) para saber quien firma este encasillado)	24.(b) Indique con un ✓ quien firmo la forma: <input type="checkbox"/> Patrono, <input type="checkbox"/> Representante, <input type="checkbox"/> SWA, <input type="checkbox"/> Agencia Participante, <input type="checkbox"/> Solicitante, o <input type="checkbox"/> Padre/Guardián (si el solicitante es menor de edad)	25. Fecha:
--	--	------------