

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

U.S. Department of Labor
Employment and Training Administration

SPANISH VERSION

1. Numero de Control (Para uso de la Agencia solamente)	Información del Solicitante		OMB No. 1205-0371 Fecha de Expiración: 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 fecha: _____	
REQUISITOS QUE HACEN AL SOLICITANTE ELEGIBLE PARA CERTIFICACION BAJO WOTC			
9. Fecha en que comenzó a Trabajar	10. Salario	11. Posicion/Titulo	
12. Tiene Ud., por lo menos 16 años, pero es menor de 40? Si ___ No ___ Si contesta SI , provea su <i>fecha de nacimiento</i> : _____			
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 (Food Stamps) por lo menos por 3 mese durante los 15 meses antes de ser empleado? Si ___ No ___ Si contesta SI , provea nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y el nombre de la ciudad/estado donde recibió los beneficios _____, O , es Ud. un Veterano con derecho a beneficios por <i>Incapacidad Física</i> relacionados con su <i>servicio militar</i> ? 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 <i>Programa Pan y Trabajo</i> (en P.R.) o Cupones de Alimento durante los 6 meses antes de ser empleado? Si ___ No ___ O , recibió 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 <i>beneficiario principal</i> _____ y de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.			

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

U.S. Department of Labor
Employment and Training Administration

(Continuacion)

SPANISH VERSION

15. Fue Ud. referido a un patrono por una Agencia de Rehabilitación Vocacional Estatal? Si ___ No ___
 O, por un "Employment Network" bajo el programa "Ticket to Work" del Seguro Social? Si ___ No ___
 O, por el Departamento de Asuntos del Veterano? Si ___ No ___

16. Es Ud., miembro de una familia que recibió asistencia TANF por 9 meses durante los 18 meses antes de ser empleado? Si ___ No ___
Si contesta No, es Ud., miembro de una familia que recibió asistencia TANF por lo menos en los últimos 18 meses antes de ser empleado? Si ___ No ___
 O, 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? Si ___ No ___
 O, 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 ___ No ___
Si contesta Si, provea el nombre del *beneficiario principal* _____ y el nombre de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.

17. Fue Ud. convicto por un delito o violación y puesto en libertad después de la encarcelación durante el año antes de Ud. Ser empleado? Si ___ No ___
Si contesta Si, provea la *fecha de apresamiento (o fue encarcelado)* _____ y la fecha de excarcelación (*o cuando fue puesto en libertad*) _____.

18. Vive Ud. en un "Empowerment Zone" o "Renewal Community?" Si ___ No ___
 O, en un "Rural Renewal County (RRC)?" Si ___ No ___
Si contesta Si, provea el nombre del RRC _____.

19. Recibió Ud. beneficios de "Supplemental Security Income (SSI)" por cualquier mes que termino 60 días antes de ser empleado? Si ___ No ___

20. Evidencia para documentar elegibilidad:

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

21. Firma

22. Fecha