

**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)   | <b>Información del Solicitante</b>  |   | OMB No. 1205-0371<br>Fecha de Expiración:<br>2. Fecha en que la información fue recibida. |
| <b>INFORMACION DEL PATRONO</b>  |                                     |   |   |
| 3. Nombre del Patrono   | 4. Dirección y Teléfono del Patrono | 5. Numero Federal ID (EIN) (patrono)  |   |
| <b>INFORMACION DEL SOLICITANTE</b>  |                                     |   |   |
| 6. Nombre del Solicitante (Apellido, Primer, Inicial)   | 7. Numero Seguro Social             | 8. Ha trabajado para este patrono antes?<br><br>Si ____ No ____<br><br><b>Si contesta Si</b> provea fecha:<br>_____ |   |
| <b>REQUISITOS QUE HACEN AL SOLICITANTE ELEGIBLE PARA CERTIFICACION BAJO WOTC</b>  |                                     |   |   |
| 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 ____<br><b>Si contesta SI</b> , 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 ____<br><b>Si contesta NO</b> , llene el encasillado 14.<br><b>Si contesta SI</b> , 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 ____<br><b>Si contesta SI</b> , provea nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y el nombre de la ciudad/estado donde recibió los beneficios _____, <b>O</b> , es Ud. un Veterano con derecho a beneficios por <i>Incapacidad Física</i> relacionados con su <i>servicio militar</i> ? Si ____ No ____<br><b>Si contesta SI</b> , fue Ud. dado de baja del servicio activo militar un año antes de ser empleado? Si ____ No ____<br><b>O</b> , 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 ____<br><b>O</b> , 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 ____<br><b>Si contesta SI</b> , a <b>cualquiera de las preguntas</b> , provea el nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.  |                                     |   |   |

