

**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 _____.			

