

**Individual Characteristics Form (ICF)**

**U.S. Department of Labor**

**Work Opportunity Tax Credit**

Employment and Training Administration

SPANISH VERSION

OMB No. 1205-0371  
Fecha de Expiración: Nov. 30, 2011

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

**Información del Solicitante**

2. Fecha en que la información fue recibida.

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

**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 ___  <b>Si contesta Si</b> provea la fecha de su ultimo empleo: _____
---	--------------------------	---

**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 *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 \_\_\_\_\_.

**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 calificó 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? <b>Si contesta No</b> , es Ud., miembro de una familia que recibió asistencia TANF por 9 meses durante los 18 meses antes de ser empleado? <b>Si contesta Si</b> , provea el nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ Nombre _____ y el nombre de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____. Ciudad/Estado _____	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? <b>Si contesta SI</b> , 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 "Empowerment Zone" o "Renewal Community?" <input type="radio"/> , en un "Rural Renewal County (RRC) o Condado?" <b>Si contesta SI</b> , provea el nombre del RRC _____. Nombre del RRC _____	Si ___ No ___ Si ___ No ___
19. Recibió Ud. beneficios de "Supplemental Security Income (SSI)" por cualquier mes que termino 60 días antes de ser empleado?	Si ___ No ___
20. Es Ud., un <i>Veterano Desempleado</i> que estuvo en servicio activo militar (excepto servicio activo para adiestramiento) en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de America (EUA) por un periodo mayor de 180 días? <input type="radio"/> , fue dado de baja del servicio activo militar de las Fuerzas Armadas de los EUA debido a una <i>Incapacidad Física</i> como resultado de su <i>servicio militar</i> ? <b>Si contesto SI</b> , fue Ud., dado de baja del servicio activo militar de las Fuerzas Armadas de los EUA en cualquier fecha durante un periodo de 5 años antes de ser empleado? <b>Si contestó SI</b> , recibió Ud., beneficios por desempleo (UI) por un periodo no menor de 4 semanas durante el año inmediatamente antes de ser empleado?	Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___
21. Es Ud., miembro del grupo de <i>Jóvenes Desconectados</i> (Disconnected Youth) porque tiene por lo menos 16 años de edad pero menos de 25? <b>Si contestaste SI</b> , no has ido regularmente a ninguna escuela secundaria, técnica, o post-secundaria durante un periodo de 6-meses antes de la fecha en que fuiste empleado? <b>Si contestaste SI</b> , no has sido empleado regularmente (excepto ocasionalmente) durante dicho periodo de 6 meses, Y	Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___

**Si contestaste Si, no eres candidato para ser empleado debido a que no tienes las destrezas laborables necesarias?**

Si  No

Pagina 2 de 2

(Rev. Nov. 2011)

20. Evidencia para documentar elegibilidad: (**Patronos:** Favor nombrar los documentos que envió con esta forma o los que enviara luego. **SWAs:** indiquen los documentos que usaron para determinar si el individuo es elegible o no. Entre sus iniciales y la fecha en que completo esta determinación)

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

21. Firma: (Vea instrucciones en Ingles para saber quien firma)

21. (b) Indique con un ✓ quien firmo la forma:

22. Fecha:

este encasillado)	<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)	
-------------------	---	--

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO “Individual Characteristics Form,” ETA 9061.**  
 Esta Forma se utiliza conjuntamente con la forma “IRS Form 8850” de la Agencia de Rentas Internas (IRS) de los Estados Unidos de América (EUA) para ayudar a las Agencias Estatales de Empleo –State Workforce Agencies— a determinar si Ud., es elegible para participar en el programa de empleo conocido como Work Opportunity Tax Credit (WOTC) Program. Quienes pueden llenar esta forma? 1) El patrón o sus empleados de Recursos Humanos, una persona o familiar representando al solicitante, 2) Ud., mismo pues es el solicitante de trabajo (si es menor de edad de 16 años, entonces la forma deberá ser llenada por sus padres o por el guardián del menor de edad) y deberá ser firmada por la persona que lleno la forma. Esta forma deberá ser usada sin modificación alguna, por aquellos patronos que interesan participar en este programa e interesan recibir una certificación para poder reclamar un crédito contributivo de impuestos por cada empleado nuevo.

**Encasillados 1 y 2. SWA.** Para uso de la Agencia Estatal de Empleo solamente.

**Encasillados 3 y 4. Información del Patrón.** Escriba el nombre, dirección, incluyendo el código postal, el numero de teléfono, y el numero Federal de identificaron del patrono (EIN) que solicita la certificación para el reclamar el crédito contributivo conocido como “WOTC.” Si la tiene, no incluya en este encasillado la información referente al representante del patrón.

**Encasillados 6-11. Información del Solicitante.** Escriba su nombre y el Número de su Seguro Social tal como aparece en su tarjeta del Número de Seguro Social. En el encasillado 8, indique si Ud., trabajo previamente para este patrón, y si su contestación es “Si,” escriba la fecha exacta o aproximada de su ultimo empleo con este patrón. Esta información ayudara al supervisor que lleve acabo una revisión después de las primeras “48 horas” de la agencia recibir la solicitud del patrón para poder eliminar y denegar solicitudes para empleados que trabajaron anteriormente con este patrón, o a certificar favorablemente solicitudes para empleados “re-elegibles” que estuvieron desempleados durante un “periodo corto pero valido de desempleo” con el mismo patrón durante el primer año de empleo (véase las paginas III-12 y III-13, de la Tercera Edición de Noviembre del 2002, del manual, “ETA Handbook 408”)

**Encasillados 12-21. Características del Solicitante.** Lea las preguntas cuidadosamente, conteste cada pregunta y proporcione la información adicional donde se le pida.

**Encasillando 22. Fuentes Para Documentar Su Elegibilidad.** Se les pide al patrón y al solicitante de empleo que proporcionen documentación que verifiquen todas aquellas respuestas a las que contestó con un “Si” en la pagina 1. Indique entre paréntesis al lado de cada documento (Ej. copia Licencia de Conducir) enumerado si fue **Sometido (S)** o si será **Enviado (E)** por correo postal o electrónico. Abajo encontrara algunos ejemplos aceptables para cada pregunta. Una carta de la Agencia que provee beneficios o asistencia requeridos por la pregunta a la que contesto “Si” es también aceptable. Por ejemplo, si un solicitante de trabajo contesta Si a cualquier pregunta en el encasillado 14 y escribe el nombre del recipiente principal, la ciudad y el estado (o Municipio si es en Puerto Rico) donde los beneficios fueron recibidos, el solicitante puede proporcionar una carta con el membrete oficial de la agencia de Food Stamps –conocido ahora como SNAP-- (PAN y Trabajo si es en Puerto Rico) de la cual recibió dichos beneficios indicando los nombres de las personas que recibieron esos beneficios/pagos y que aparecen en el contrato cada mes. La Agencia Estatal de Empleo (SWA) usara este encasillado 22 para documentar las fuentes de información usadas para verificar y determinar su elegibilidad, y escribirán sus iniciales y fecha en que dicha determinación fue concluida.

**Ejemplos de documentación o información aceptables. Patrón/Representante:** Usted puede averiguar con la Agencia Estatal de Empleo (SWA) que otras fuentes de información o documentación se pueden usar para probar o establecer elegibilidad en los distintos grupos. (Se espera que Usted envíe documentación o someta los nombres de las personas que pueden corroborar aquellas preguntas a las que Ud., o el solicitante contesto con un “Si.”

**QUESTION 12<sup>3</sup>**

- Certificado de Nacimiento
- Licencia de Conductor
- Tarjeta de Identificación Escolar<sup>1</sup>
- Permiso Para Trabajar<sup>1</sup>
- Tarjeta de Identificación Gubernamental Federal/  
Estatal//Local<sup>1</sup>
- Copy of Hospital Record of Birth

**QUESTION 13**

- DD-214 or Discharge Papers
- Contactos Unidad de Reserva
- ~~FL 21-802 (Issued only by the DVA. Certifies a Vet with a  
Service-disconnected disability)~~
- Expediente de Reclamo por Desempleo (UI)

## **QUESTIONS 14 & 16**

- Historial de Beneficios TANF/SNAP (Food Stamp)
- Declaracion Firmada por Individuos Autorizados  
Para Proveer Descripcion Especifica de Beneficios  
Recibidos Mensualmente
- Numero de Caso

## **QUESTION 15**

- Contacto de Agencia de Rehabilitacion Vocacional
- Contacto de Administracion de Veteranos
- Declaracion Firmada por Individuos Autorizados  
Para Proveer Descripcion Especifica de Beneficios  
Recibidos Mensualmente

## **Ticket Holder (TH)**

Envie por Fax pagina 1 de la Forma 8850 a MAXIMUS al siguiente numero: 703-683-1051 para verificar si el solicitante:  
1) es un TH, y 2) si tiene un Plan de Trabajo Individual de un "Employment Network."

## **QUESTION 17**

- Nombre del Ofiical de Probatoria
- Expediente Institucion Correccional
- Records Corte Judicial

## **QUESTION 18**

- Licencia de Conductor
- Permiso para Trabajar
- Recibos de luz, gas, telefono
- W-4
- Contrato de Renta de Casa o Apartamento
- Card de Identificacion Biblioteca<sup>2</sup>
- Tarjeta Electoral
- Carta de Beneficios de SNAP (Food Stamps)
- Tarjeta de Servicio Militar
- Para determinar si un "Designated Community Resident"  
Vive en una Comunidad de Renovacion Rural (RRC),  
visite el siguiente lugar: [www.usps.com](http://www.usps.com). **Click on** Busque  
el Codigo Postal (*Find Zip Code*); Someta  
eletronicamente (**Enter & Submit**) **la Direccion/Codigo  
Postal (Address/Zip Code)**; **Click on** "Mailing Industry  
Information;" **Abra e imprima la Informacion en la Pantalla  
(Download and Print the Information), luego compare**  
El condado donde se encuentra la direccion contra  
El listado que aparece en las Instrucciones de la Forma  
8850 con fecha de Junio del 2007.

## **QUESTION 19**

- Record o Autorizacion de Beneficios para "SSI"
- Nombre Contacto de la Agencia Donde Recibe  
Los Beneficios de "SSI"

**Notes.** 1. Where a Federal/State/Local Gov't., School I.D. Card, or Work Permit does not contain age or birth date, another valid document must be obtained to verify an individual's age.  
2. Where a Library Card does not contain the holder's address another document, issued in the jurisdiction where the EZ/RC or RR County is located, must be obtained showing the holder's address.  
3. ESPL No. 05-98, dated 3/18/98, officially rescinded the authority to use Form I-9.

**QUESTION 20**

DD-214

FL 21-802-

Otra documentación de la Administración de Veteranos (para verificar si recibe beneficios por incapacidad debida al servicio militar)

Discharge Papers

UI claims records (for unemployment status)

**QUESTION 21**

**Para Determiner Si la Organizacion es Una Agencia Exenta a a Pagar Impuestos Federales (501(a):**

We need IRS to indicate which documents the SWAs should accept from the organization

Birth Certificate

Driver's License

Work Permit

Copy of Hospital Record of Birth

School I.D. Card/School Records

Federal/State/Local Government I.D.

**To determine youth has not regularly attended any secondary, technical, or post-secondary school:**

Self Attestation-

Signed letter from parent/guardian (if minor)

**To Determinar que Estuvo Desempleado Durante un periodo de 6 meses y un Periodo de 4 Semanas Antes de la Fecha de Empleo:**

Records de Salario (UI)

**To determining unemployable status due to lack of basic skills:**

Self Attestation that he/she has a High School (HS) Diploma or GED Certificate that was awarded no less than

6 months preceding his or her hiring date and has not held a job (other than occasionally) or been admitted to a technical or post-secondary

School since receiving a Diploma or GED certificate.

Encasillado 23. **Firma.** La persona que llena la forma deberá firmar su nombre. **Opciones:** (a) Patrón o Representante, (b) Personal de la Agencia Estatal de Empleo (SWA), (c) Personal Agencias Gubernamentales, o (d) Solicitante de Empleo (Si el solicitante es menor de edad de 16 años deberá firmar el padre/madre o guardián del menor).

Encasillado 24: **Fecha.** Escriba el mes, día y año en que completo esta forma.

**"Public Burden Statement (Declaración):"** Las personas no están obligadas a proveer la información que esta forma pide a menos que dicha forma despliegue o muestre un numero de control valido de OMB. Las personas interesadas en obtener y mantener los beneficios que este programa ofrece tienen la obligación de responder a las preguntas en esta forma. El tiempo que toma completar esta forma se ha estimado que toma un promedio de 5 minutos por cada contestación, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, reunir y mantener los datos necesarios, y completar y revisar esta colección de información. Puede enviar comentarios sobre este estimado de tiempo al Departamento del Trabajo, (Division of National Programs Training and Technical Assistance), Oficina C-4510, Washington, D.C. 20210.

**Corte.....y mantenga en su expediente.**

**Empleado o Solicitante de Trabajo,**

**Privacy Act Statement (Aviso):** El Código de Rentas Internas (Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de America) del 1986, Sección 51, como legislación enmendada y la Ley 104-188, decretan, que la Agencia Estatal de Empleo (SWA) es la única agencia gubernamental autorizada y responsable para administrar los procedimientos de certificación del programa WOTC. La información que usted ha proporcionado al llenar esta forma, incluyendo el Número de Seguro Social, serán divulgados por su patrón a la Agencia Estatal de Empleo. La disposición de esta información es voluntaria, sin embargo la información se requiere para poder determinar la elegibilidad de su patrón para reclamar el WOTC o crédito de impuesto Federal.