

Individual Characteristics Form (ICF)

U.S. Department of Labor

Work Opportunity Tax Credit

Employment and Training Administration

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

SPANISH VERSION

OMB No. 1205-0371
 Fecha de Expiración: April 30, 2012
 2. Fecha en que la información fue recibida.

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)

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:

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 _____.

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> _____ Nombre y el nombre de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____. Ciudad/Estado	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 "Empowerment Zone" o "Renewal Community?" <input type="radio"/> , en un "Rural Renewal County (RRC) o Condado?" Si contesta SI , 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> ? Si contesto SI , 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? Si contestó SI , 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? Si contestaste SI , 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? Si contestaste SI , no has sido empleado regularmente (excepto ocasionalmente) durante dicho periodo de 6 meses, Y Si contestaste SI , no eres candidato para ser empleado debido a que no tienes las destrezas laborables necesarias?	Si ___ No ___ Si ___ No ___ 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 ___

Pagina 2 de 2

(Rev. Aug. 2009)

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)

Patrono o Veterano:

Documentación necesaria para corroborar su estado como *Veterano Desempleado* durante el periodo requerido:

Preguntas 20 y 21.

Expedientes de Reclamo Beneficios por Desempleo (UI)

Expedientes de Salario, Unidad de Beneficios por Desempleo (UI)

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 este encasillado)

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

- Patrono, Representante, SWA,
 Agencia Participante, Solicitante, o
 Padre/Guardián (si el solicitante es menor de edad)

22. Fecha: