

**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: April 30, 2012

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

**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)

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 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? <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 fecha de excarcelación ( <i>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. <del>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?</del> <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. <del>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  <b>Si contestaste SI</b>, no eres candidato para ser empleado debido a que no tienes las destrezas laborables necesarias?</del>	Si ___ No ___ 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 envi6 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 determinaci6n)

**Patrono o Veterano:**

Documentaci6n 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 informaci6n es veridica y correcta y entiendo que dicha informaci6n esta sujeta a verificaci6n.**

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/Guardi6n (si el solicitante es menor de edad)

22. Fecha: