



Individual Characteristics Form (ICF)
Work Opportunity Tax Credit

U.S. Department of Labor
Employment and Training Administration

SPANISH VERSION

OMB No. 1205-0371
Fecha de Expiración: June 30, 2015

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

[Empty space for signature and date]

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

23.(a). Firma: (Vea instrucciones en el encasillado 23(b) para saber quien firma este encasillado)

23. (b) Indique con un ✓ quien firmo la forma:
 Patrono, Representante, SWA,
 Agencia Participante, Solicitante, o
 Padre/Guardián (si el solicitante es menor de edad)

24. Fecha: