Individual Characteristics Form (ICF)

Work Opportunity Tax Credit

U.S. Department of Labor

Employment and Training Administration

1. Numero de Control (Para uso de la Agencia solamente)	SPANISH VERSION **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)**	OMB No. 1205-0371 Fecha de Expiración: 31 de Agosto, 2018 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: _____ (Fecha)
REQUISITOS QUE HACEN AL SOLICITANTE ELEGIBLE PARA CERTIFICACION BAJO WOTC		
9. Fecha en que comenzó a trabajar	10. Salario:	11. Posición/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

15. Fue Ud. referido a un patrono por una Agencia de Rehabilitación Vocacional Estatal? Si___ No ___
O, por un "Employment Network" bajo el programa "Ticket to Work" del Seguro Social? Si___ No ___
O, por el Departamento de Asuntos del Veterano? Si___ No ___

16. Es Ud., miembro de una familla que recibió asistencia TANF por lo menos en los últimos 18 meses antes de ser empleado? Si ___ No ___
O, 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 de1997, termino 2 años antes de Ud. ser empleado? Si ___ No ___
O, 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 ___ No ___
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 ___ No ___
Si contesta Si, provea el nombre del *beneficiario principal* _____
Nombre
y el nombre de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.
Ciudad/Estado

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___ No ___
Si contesta SI, provea la *fecha de apresamiento (o encarcelación)* _____ y la fecha de excarcelación (*o cuando fue puesto en libertad)* _____.
Indique con un (✓) si esta fue una convicción Federal ____ o Estatal ____.

18. Vive Ud. en un "Rural Renewal County (RRC) o en un Empowerment Zone?" Si ___ No ___

19. Recibió Ud. beneficios de "Supplemental Security Income (SSI)" por cualquier mes y los beneficios terminaron 60 días antes de ser empleado? 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___

22. Ha estado Ud. desempleado por periodo de no menos de 27 semanas consecutivas? Si__ _No ____
Si contesta SI, ha recibido Ud., pagos/beneficios por desempleo por cualquier periodo de tiempo bajo un programa Federal o estatal durante ese tiempo? Si___ No___

23. Evidencia para documentar elegibilidad: (**Patronos:** Favor de indicar con su nombre en este encasillado los documentos que envió con esta forma o los que enviara luego. **SWAs:** Indiquen con su nombre, los documentos que usaron para determinar si el empleado es elegible o no. El agente oficial que completo esta determinación deberá escribir sus iniciales y fecha en que dicha determinación se llevó a cabo.)

Patrono o Veterano:

Someta documentación necesaria para corroborar su elegibilidad como *Veterano Desempleado* durante el periodo requerido (Vea ejemplos de documentos/cartas en las Instrucciones de la versión oficial en Ingles de ETA Form 9061).

Preguntas 20, 21 y 22 (Ejemplos de documentación).

✓ Completar, fechar y firmar "Self-Attestation Form," ETA Form xxxx, OMB Exp. Date: MM/DD/YY

Certifico que esta información es verídica y correcta y entiendo que dicha información esta sujeta a verificación.		
24.(a). Firma: (Vea instrucciones en el encasillado 23(b) para saber quien firma este encasillado)	24.(b) Indique con un ✓ quien firmo la forma: ☐ Patrono, ☐ Representante, ☐ SWA, ☐ Agencia Participante, ☐ Solicitante, o ☐ Padre/Guardián (si el solicitante es menor de edad)	25. Fecha: