

**Individual Characteristics Form (ICF)  
Work Opportunity Tax Credit**

**U.S. Department of Labor**  
Employment and Training Administration

**SPANISH VERSION**

1. Numero de Control (Para uso de la Agencia solamente)	<p><b>Información del Solicitante</b></p> <p>(Esta forma en Español <b>NO</b> es la oficial. Úsela solo para familiarizarse con las preguntas. Luego conteste, firme, y feche la forma en Ingles)</p>		<p>OMB No. 1205-0371 Fecha de Expiración: Nov. 30, 2011</p> <p>2. Fecha en que la información fue recibida.</p>
<b>INFORMACION DEL PATRONO</b>			
3. Nombre del Patrono	4. Dirección y Teléfono del Patrono	5. Numero Federal ID (EIN) (Patrono)	
<b>INFORMACION DEL SOLICITANTE</b>			
6. Nombre del Solicitante (Apellido, Primer, Inicial)	7. Numero Seguro Social:	<p>8. Ha trabajado para este patrono antes? Si ____ No ____</p> <p><b>Si contesta Si</b> provea la fecha de su ultimo empleo: _____</p>	
<b>REQUISITOS QUE HACEN AL SOLICITANTE ELEGIBLE PARA CERTIFICACION BAJO WOTC</b>			
9. Fecha en que comenzó a Trabajar:	10. Salario:	11. Posicion/Titulo:	
<p>12. Tiene Ud., por lo menos 16 años, pero es menor de 40? Si ____ No ____ <b>Si contesta SI</b>, provea su <i>fecha de nacimiento</i>: _____</p>			
<p>13. Es Ud. un Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América (USA)? Si ____ No ____ <b>Si contesta NO</b>, llene el encasillado 14. <b>Si contesta SI</b>, es Ud. miembro de una familia que recibió beneficios de "Pan y Trabajo" (Aplica a Puerto Rico solamente o que recibió Cupones para Alimentos (Food Stamps) por lo menos por 3 mese durante los 15 meses antes de ser empleado? Si ____ No ____ <b>Si contesta SI</b>, provea nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y el nombre de la ciudad/estado donde recibió los beneficios _____, <b>O</b>, es Ud. un Veterano con derecho a beneficios por <i>Incapacidad Física</i> relacionados con su <i>servicio militar</i>? Si ____ No ____ <b>Si contesta SI</b>, fue Ud. dado de baja del servicio activo militar un año antes de ser empleado? Si ____ No ____ <b>O</b>, estuvo Ud. desempleado por un periodo de _____ por lo menos 6 meses durante el año antes de ser Empleado? Si ____ No ____</p>			
<p>14. Es Ud. miembro de una familia que recibió beneficios bajo el <i>Programa Pan y Trabajo</i> (en P.R.) o Cupones de Alimento durante los 6 meses antes de ser empleado? Si ____ No ____ <b>O</b>, recibió 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 ____ <b>Si contesta SI</b>, a <b>cualquiera de las preguntas</b>, provea el nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.</p>			

**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> _____ y el nombre de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.	Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___
17. Fue Ud. convicto por un delito o violación 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 _____.	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. Evidencia para documentar elegibilidad: ( <b>Patronos:</b> Favor nombrar los documentos que envió con esta forma o los que enviara luego. <b>SWAs:</b> 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)	
<b>Certifico que esta información es verídica y correcta y entiendo que dicha información esta sujeta a verificación.</b>	
21. Firma: (Vea instrucciones en Ingles para saber quien firma este encasillado)	21. (b) Indique con un ✓ quien firmo la forma: <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)
22. Fecha:	