

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

<p>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?</p>	<p>Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___</p>
<p>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</p>	<p>Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___</p>
<p>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 fecha de excarcelación (<i>o cuando fue puesto en libertad</i>) _____. Indique con un (✓) si esta fue una convicción Federal _____ o Estatal _____.</p>	<p>Si ___ No ___</p>
<p>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</p>	<p>Si ___ No ___ Si ___ No ___</p>
<p>19. Recibió Ud. beneficios de "Supplemental Security Income (SSI)" por cualquier mes que termino 60 días antes de ser empleado?</p>	<p>Si ___ No ___</p>
<p>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?</p>	<p>Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___</p>
<p>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?</p>	<p>Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___</p>
<p>20. Es Ud., un Veterano y ha estado desempleado por un período combinado de 6 meses (consecutivos o no)</p>	

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: