



**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 Control No. 1205-0371 Fecha de Expiración:
		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/Título:
------------------------------------	--------------	----------------------

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? 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> _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Nombre</div> y el nombre de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Ciudad/Estado</div>	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? Si contesta Si , provea la <i>fecha de apresamiento (o encarcelación)</i> _____ y la <i>fecha de excarcelación (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 "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 un periodo de no menos de 27 semanas consecutivas y durante o parte de este tiempo ha recibido Ud. beneficios por desempleo? Si contesta Si , en qué estado recibió los beneficios por desempleo en? _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">(estado)</div>	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 <i>Veterano Desempleado</i> 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 9175, OMB Exp. Date: MM/DD/YY	

Empty rectangular box for signature and date.

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: <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)	25. Fecha:
--	--	------------