



**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)	<p><b>SPANISH VERSION</b> <b>Información del Solicitante</b>  (Esta forma en Español <b>NO es la oficial</b>. Úsela solo para familiarizarse con las preguntas. Luego conteste, firme, y feche la forma en Ingles)</p>	OMB Control No. 1205-0371 Fecha de Expiración:
		2. Fecha en que la información fue recibida.
<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:	8. Ha trabajado para este patrono antes? Si _____ No _____  <b>Si contesta "Si"</b> provea la fecha de su ultimo empleo: _____ (Fecha)
<b>REQUISITOS QUE HACEN AL SOLICITANTE ELEGIBLE PARA CERTIFICACION BAJO WOTC</b>		
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? <b>Si contesta SI</b> , provea su <i>fecha de nacimiento</i> : _____		Si _____ No _____
13. Es Ud. un Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América (USA)? <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 (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) (o sea, Food Stamps) por lo menos por 3 meses durante los 15 meses antes de ser empleado?)		Si _____ No _____  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> ? <b>Si contesta SI</b> , fue Ud. dado de baja del servicio activo militar un año antes de ser empleado? <b>O</b> , estuvo Ud. desempleado por un periodo de por lo menos 6 meses durante el año antes de ser empleado?		Si _____ No _____  Si _____ No _____  Si _____ No _____
14. Es Ud. miembro de una familia que recibió beneficios bajo el <i>Programa Pan y Trabajo</i> (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? <b>O</b> , 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? <b>Si contesta SI, a cualquiera de las preguntas</b> , provea el nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.		Si _____ No _____  Si _____ No _____
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?	Si _____ No _____
<input type="radio"/> O, por un "Employment Network" bajo el programa "Ticket to Work" del Seguro Social?	Si _____ No _____
<input type="radio"/> O, por el Departamento de Asuntos del Veterano?	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?	Si _____ No _____
<input type="radio"/> 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 de 1997, termino 2 años antes de Ud. ser empleado?	Si _____ No _____
<input type="radio"/> 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 _____
<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?	Si _____ No _____
<b>Si contesta Si</b> , provea el nombre del <i>beneficiario principal</i> _____	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 _____
<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 _____.	
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 período 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 período de no menos de 27 semanas consecutivas y durante o parte de este tiempo ha recibido Ud. beneficios por desempleo?	Si _____ No _____
<b>Si contesta SI</b> , en qué eestado recibió los beneficios por desempleo en? _____	(estado) _____
23. Evidencia para documentar elegibilidad: ( <b>Patronos:</b> Favor de indicar con su nombre en este encasillado los documentos que envió con esta forma o los que enviará luego. <b>SWAs:</b> Indiquen con su nombre, los documentos que usaron para determinar si el empleado es elegible o no. El agente oficial que completa esta determinación deberá escribir sus iniciales y fecha en que dicha determinación se llevó a cabo.)	
<b>Patrono o Veterano:</b>	
Sometta 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).	
<b>Preguntas 20, 21 y 22 (Ejemplos de documentación).</b>	
✓ Completar, fechar y firmar "Self-Attestation Form," ETA Form 9175, OMB Exp. Date: MM/DD/YY	

<b>Certifico que esta información es verídica y correcta y entiendo que dicha información esta sujeta a verificación.</b>		
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: