

VERSION EN ESPAÑOL

Para Poner en Pizarrón o Área Accesible y Visible Para Todos

(Para uso oficial solamente se puede usar la versión en Inglés de "IRS Form 8850")

Forma 8850 (Rev. Junio 2007) Department of the Treasury Internal Revenue Service

Pre-Screening Notice and Certification Request for the Consolidated Work Opportunity Tax Credit

OMB No. 1205-0371

Ver Instrucciones en Ingles

Solicitante de Trabajo: Llena los siguientes blancos y marca con una (X) los encasillados que apliquen. Llena sólo este lado.

Su Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social ► \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle Donde Usted Vive \_\_\_\_\_

Pueblo/Ciudad y Código Postal \_\_\_\_\_

Número de su Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Si Usted tiene menos de 40 Años escriba su fecha de nacimiento aquí (mes, día, año) / /

Work Opportunity Tax Credit

1 Marque aquí si Usted vivió en el área afectada por el Huracán Katrina el 28 de agosto del 2005. Si su contestación es afirmativa, o sea Si, escriba su dirección incluyendo el condado o parroquia y el estado donde vivió durante esa época. Si vive en Puerto Rico escriba el pueblo y la ciudad.

2 Marque aquí si Usted recibió Certificación Condicional de la agencia de empleo estatal o de una agencia local para participar en el Programa WOTC.

3 Marque aquí si una o varias de las siguientes situaciones le aplican a Usted. Soy miembro de una familia que ha recibido "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) o beneficios de un programa sucesor durante cualquier periodo de 9 meses en los últimos 18 meses. Soy veterano y miembro de una familia que recibió Cupones de Alimentos por lo menos durante un periodo de 3-meses dentro de los últimos 15 meses. Fui referido aquí por una Agencia de Rehabilitación Vocacional, la Administración de Asuntos de Veteranos o por una de las oficinas conocidas como "Employment Networks." Tengo por lo menos 18 años y no más de 39 años y soy miembro de una familia que: a. recibió Cupones de Alimentos durante los últimos 6 meses, o b. recibió Cupones de Alimentos por lo menos durante 3 de los últimos 5 meses, PERO ya NO soy elegible. Durante el año pasado, fui convicto por una felonía/delito o salí libre de la cárcel. Recibí beneficios de "Ingreso por Seguro Suplemental" (SSI) durante cualquier mes en los últimos 60 días.

4 Marque aquí si Ud es un Veterano con derecho a compensación o beneficios debido a una incapacidad física relacionada a su servicio militar y, durante el pasado año, estuvo:

- Dado de baja del servicio activo militar en las Fuerzas Armadas de los Estado Unidos de América, o
Desempleado por un periodo o periodos de tiempo que suman por lo menos 6 meses.

5 Marque aquí si Usted es un miembro de una familia que: recibió beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) por los menos durante los últimos 18 meses, o recibió beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) durante cualquier periodo de 18 meses comenzando después del 5 de agosto de 1997, y el periodo mas reciente de 18 meses de beneficios recibidos después del 5 de agosto del 1997, termino durante los últimos 2 años, o Dejó de ser elegible para recibir beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) en los últimos 2 años porque una ley Federal o estatal limitó el periodo máximo para Ud. recibir dichos beneficios.

Todos los Solicitantes Tienen Que Firmar Esta Forma

Bajo penalidad de perjurio, declaro que ofrecí esta información al patrono en o antes del día en que se me ofreció empleo, y es verdadera, correcta y completa. Firma del Solicitante ► Fecha: / /

**Para Uso del Patrono Solamente**

Nombre del Patrono \_\_\_\_\_ No. de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ EIN ► \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Si Distinto al del Patrono \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Si de acuerdo a la edad y dirección del individuo, Ud. cree que este individuo es miembro del grupo 4 o 6 (según se describe en la sección de definiciones bajo **"Members of Targeted Groups"** (Miembros de los Grupos) en las instrucciones en Inglés para llenar esta forma) llene el blanco con el número que corresponda al grupo a que pertenece este individuo..... ► \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL SOLICITANTE: Fue Entrevistado: \_\_\_\_\_ Se le Ofreció Trabajo: \_\_\_\_\_ Se Contrató \_\_\_\_\_ Comenzó a Trabajar \_\_\_\_\_

**Conteste solamente si marco con una X el encasillado 1 en la pagina 1.**

Estado (Pueblo y Ciudad)  
Condado o Parroquia  
de su trabajo.  
\_\_\_\_\_

Marque con una X si el individuo no era su empleado para el 28 de agosto del 2005, y esta es la primera vez que trabaja para Ud. desde el 28 de agosto del 2005.

---

Bajo penalidad de perjurio, declaro que llené esta forma en o antes del día en que le ofrecí empleo a este individuo y que la información aquí suministrada es verdadera, correcta, y completa. De acuerdo con la información suministrada por el individuo, creo que el/ella es miembro(a) de uno de los distintos nueve grupos bajo el programa consolidado WOTC.

---

**Firma del Patrono ►** \_\_\_\_\_ **Título** \_\_\_\_\_ **Fecha:** / /



**Nota:** Para información sobre *"Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice"* e instrucciones en Inglés sobre como llenar esta forma, lea: *"Instructions for IRS Form 8850, (Rev. June 2007)"* y la información en la página 2 de la versión en Inglés de esta forma.