

**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)		Información del Solicitante (See instructions on reverse)	OMB No. 1205-0371
			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) del 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 fecha: _____	
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 <i>fecha de nacimiento</i> : _____			
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 (Food Stamps) for lo menos por 3 meses durante los 15 meses antes de ser empleado? Si ____ No ____ Si contesta SI , provea nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y el nombre de la ciudad/estado donde recibió los beneficios _____, O , es Ud un Veterano con derecho a beneficios por <i>Incapacidad Fisicia</i> relacionados con su <i>servicio militar</i> ? 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 <i>Programa Pan y Trabajo</i> (en P.R.) o Cupones de Alimento durante los 6 meses antes de ser empleado? Si ____ No ____ O , 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 ____ Si contesta SI , a cualquiera de las preguntas , provea el nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.			
15. Fue Ud. referido a un patrono por una Agencia de Rehabilitación Vocacional Estatal? Si ____ No ____ O , por un "Employment Network" bajo el programa "Ticket to Work" del Seguro Social? Si ____ No ____ O , por el Departamento de Asuntos del Veterano? Si ____ No ____			
16. Es Ud. miembro de una familia que recibió asistencia TANF for 9 meses durante los 18 meses antes de ser empleado? Si ____ No ____ Si NO , es Ud. miembro de una familia que recibió asistencia TANF por lo menos los últimos 18 meses antes de ser empleado? Si ____ No ____ 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 ____ O , su familia no calificó 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 ____ Si contesta SI , provea el nombre del <i>beneficiario principal</i> _____ y el nombre de la ciudad/estado donde los beneficios fueron recibidos _____.			
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? Si ____ No ____ Si contesta SI , provea la <i>fecha de apresamiento</i> _____ y la <i>fecha de libertad por encarcelacion</i> _____.			
18. Vive Ud. en un "Empowerment Zone" o "Renewal Community?" Si ____ No ____ O , en un "Rural Renewal County (RRC)?" Si ____ No ____ Si contesta SI , provea el nombre del RRC _____.			
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:			
Certifico que esta información es verídica y correcta y entiendo que dicha información esta sujeta a verificación.			
21. Firma		22. Fecha	