

VERSION EN ESPAÑOL

Para Poner en Pizarrón o Área Accesible y Visible Para Todos

(IMPORTANTE: Para Uso Oficial solamente se puede usar la versión en inglés de "IRS Form 8850")

Form 8850 (Rev. January 2012) Department of the Treasury Internal Revenue Service

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

OMB No. 1205-0371

► Vea Instrucciones en Inglés

Solicitante de Trabajo: Llene los siguientes blancos y marque con una (X) los encasillados que apliquen. Llene sólo esta página.

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

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

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

Condado \_\_\_\_\_ Número de su Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Si usted es menor de 40 años escriba su fecha de nacimiento aquí (mes, día, año) / / \_\_\_\_\_

- 1 □ Marque aquí con una X si Usted recibió una Certificación Condicional de la agencia de empleo estatal o de una agencia local como elegible para participar en el Programa WOTC.
2 □ Marque aquí con una X si una 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 beneficios del Programa Suplementario de Alimentación Nutricional (SNAP) (Cupones de Alimentos o Programa de "Pan y Trabajo" en Puerto Rico) 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 agencia conocida como "Employment Network" del programa "Ticket to Work."
• Tengo por lo menos 18 años pero soy menor de 40 años y soy miembro de una familia que:
a. Recibí beneficios del Programa SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) durante los últimos 6 meses, o
b. Recibí beneficios de SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) por lo menos durante 3 de los últimos 5 meses, PERO ya mi familia NO es elegible para recibir estos beneficios.
• Durante el año pasado, fui convicto por cometer una felonía/delito o salí libre de la cárcel.
• Recibí beneficios de "Ingreso por Seguro Suplementario" (SSI) durante cualquier mes en los últimos 60 días.
• Soy veterano y estuve desempleado por un periodo de por lo menos 4 semanas pero menos de 6 meses durante el pasado año.
3 □ Marque aquí con una X si Usted es un veterano y estuvo desempleado por un periodo o periodos de 6 meses durante el pasado año.
4 □ Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, y fue dado de baja del Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA en el pasado año
5 □ Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, y estuvo desempleado por un periodo o periodos de 6 meses durante el pasado año.
5 □ Marque aquí con una X 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 consecutivos, o
• Recibió beneficios de 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 en 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 redujo el periodo máximo para Ud. recibir dichos beneficios.

Todos los Solicitantes Tienen Que Firmar

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 siguiente blanco con el número (4 o 6) de acuerdo con el grupo a que pertenezca este individuo..... ► \_\_\_\_\_

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

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 grupos bajo el programa 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. January 2012)" y la información en la página 2 de la versión en Inglés de esta forma.