

# 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. August 2009)  
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 \_\_\_\_\_

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 esta llenando esta forma **antes** del 28 de agosto del 2009, y vivió en el área afectada por el Huracán Katrina del 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.
- 2  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.
- 3  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."
  - 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 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.
  - Soy veterano y fui dado de baja del Servicio Activo Militar de las Fuerzas Armada de los EUA durante los pasados 5 años **y**, recibí beneficios por desempleo (UI benefits) por los menos por 4 semanas durante el pasado año.
  - Tengo por lo menos 16 años de edad pero soy menor de 25 años **y**:
    - a. Durante los pasados 6 meses no he cursado estudios en una escuela secundaria o técnica, ni estudios postsecundarios por mas de 10 horas semanales, sin contar los periodos de tiempo cuando la escuela esta cerrada por vacaciones, **y**
    - b. Durante los últimos 6 meses, si estuve empleado por un periodo consecutivo de 3 meses dentro de estos 6 meses, gane menos de lo que hubiese ganado si hubiese trabajado ganando un salario mínimo por 30 horas semanales durante dicho periodo de 3 meses, **y**
    - c. No tengo ni un Diploma de Graduación de un escuela secundaria, ni un Certificado conocido como "General Education Development (GED)," **o** tengo un Diploma o Certificado obtenido por lo menos hace 6 meses pero no he tenido un trabajo (excepto ocasionalmente), y no he sido admitido a una escuela secundaria, técnica o de estudios postsecundarios desde que recibí dicho Diploma o Certificado.
- 4  Marque aquí con una X, si Usted es un veterano con derechos a compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, **y** en el pasado año Ud., fue:
  - Dado de baja del Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, **o**
  - Se encuentra desempleado por un periodo o periodos de por lo menos 6 meses.
- 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 \_\_\_\_\_

**Conteste Solamente Si Marco Con Una X el Encasillado 1 en la Pagina 1.**

Estado y Condado o Parroquia de su trabajo \_\_\_\_\_  Marque con una X si este 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 12 distintos 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. August 2009)"* y la información en la página 2 de la versión en Inglés de esta forma.

