

## FORMA DE VERIFICACIÓN

For Translation Only. You must submit the English Version of the "Verification Form"

SECCION 1		
NOMBRE DEL EMPLEADO	DIRECCIÓN FÍSICA:	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA EN QUE COMIENZA A TRABAJAR:
<p>Autorizo la verificación de la información que aparece en esta forma por parte de las agencias, organizaciones, o individuos necesarios por el propósito de solicitar certificación de créditos de impuestos. Este permiso es válido hasta recibir certificación.</p> <p>Firma de empleado: _____ Fecha: _____</p> <p>Nombre de Beneficiario y Número de Seguro Social (si no es el empleado): _____ SSN: _____</p>		

SECCION 2		
Fecha de servicios	Nuestra compania participa en el programa de Work Opportunity Tax Credit. La siguiente información nos ayudará a obtener estos créditos. Las respuestads dadas no afectarán su empleo ni sus beneficios. Por favor conteste todas las preguntas completamente.	Ponga Circulo
	Ha usted o algún miembro de su familia recibido beneficios de TANF por un periodo de 9 meses en total durante los últimos 18 meses?	SÍ NO
	Ha usted o algún miebros de su familia recibido beneficios de TANF/AFDC por los últimos 18 meses consecutivos O recibido beneficios de TANF/AFDC por un periodo de 18 meses desde el 5 de Agosto de 1997 y uno de los pagos ha sido dentro de los últimos 2 años O dejado de recibir beneficios de TANF/AFDC porque ya se agotó la asistencia bajo la ley Federal o Estatal?	SÍ NO
	Tiene por lo menos 18 años pero menos de 40 y miembro de una familia que ha recibido beneficios alimentarios como cupones de comida por los últimos 6 meses consecutivos O por un periodo de 3 meses durante los últimos 5 meses?	SÍ NO
	Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos Y miembro de una familia que ha recibido cupones de comida por un periodo de 3 meses durante los últimos 15 meses?	SÍ NO
	Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos Y recibe compensación para alguna incapacidad de la Administracion de Veteranos?	SÍ NO
	Ha recibido servicios de rehabilitación vocacional O participado en el programa de Ticket To Work?	SÍ NO
	Ha sido condenado o puesto en libertad por un crimen mayor durante el último año?	SÍ NO
	Ha recibido beneficios de SSI o Seguro Suplemental de Ingresos durante los últimos 90 días?	SÍ NO
	Tiene entre 18 y 39 años?	SÍ NO

SECCION 3 INFORMACION DE TRABAJADOR SOCIAL/OFICIAL DE PROBATORIA			
AGENCIA	NOMBRE DE AGENTE		
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CONDADO	NÚMERO DE CASO		
NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE FAX	DIRECCION ELECTRONICA	

SECCION 4 *** PARA SER COMPLETADO POR AGENTE OFICIAL ÚNICAMENTE***	
Firma de Agencia Oficial: _____	Fecha: _____
Fechas de Servicio _____ a _____	Estampa o Sello de Agencia