

FORMA DE VERIFICACIÓN

COMPANÍA: _____ **NÚMERO DE LOCACIÓN:** _____ **CIUDAD Y ESTADO:** _____

SECCIÓN 1	
NOMBRE DEL EMPLEADO:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA EN QUE COMIENZA A TRABAJAR:
Nuestra compañía participa en programas federales y estatales de incentivos de impuestos, como el Work Opportunity Tax Credit. Las respuestas que usted proporcione son confidenciales y se usaran solamente para cumplir con los requisitos del programa. Sus respuestas no afectarán su empleo ni sus beneficios. Por favor conteste todas las preguntas completamente.	
	Ponga Círculo
1. ¿Ha usted o algún miembro de su familia recibido beneficios de TANF o AFDC por un periodo de 9 meses en total en los últimos 18 meses?	Sí NO
2. ¿Ha usted o algún miembro 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
3. ¿Tiene por lo menos 18 años pero menos de 40 y es miembro de una familia que ha recibido beneficios alimentarios como cupones de comida (SNAP) por los últimos 6 meses consecutivos O por un periodo de 3 meses durante los últimos 5 meses?	Sí NO
4. ¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos Y miembro de una familia que ha recibido cupones de comida (SNAP) por un periodo de 3 meses en los últimos 15 meses?	Sí NO
5. ¿Es usted un veterano que se dio de baja dentro de los últimos 5 años y ha recibido por lo menos 4 semanas de beneficios de desempleo? En caso afirmativo, proporcione la fecha en que se dio de baja: ____ / ____ / ____	Sí NO
6. ¿Es usted un veterano que recibe beneficios de incapacidad debido a su servicio militar Y se dio de baja dentro del último año O estuvo desempleado por 6 meses del último año?	Sí NO
7. ¿Ha recibido servicios de rehabilitación vocacional O ha participado en el programa de Ticket To Work?	Sí NO
8. ¿Ha sido condenado o puesto en libertad por un crimen mayor durante el último año?	Sí NO
9. ¿Ha recibido beneficios de SSI o Seguro Suplemental de Ingresos durante los últimos 90 días?	Sí NO
10. ¿Ha recibido un Ticket to Work?	Sí NO
11. ¿Ha sido empleado por menos de 40 horas en total en los últimos 60 días?	Sí NO
<p>Bajo las sanciones o penalidades de perjurio, declaro que la información proporcionada en esta forma es verdadera y completa. 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 beneficios de impuestos. Este permiso es válido hasta recibir certificación.</p>	
FIRMA DEL EMPLEADO:	FECHA:
<p>Si contesto "si" de haber recibido cualquier de los beneficios o servicios nombrados arriba, proporcione la ciudad y el estado donde se recibieron:</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____</p>	
<p>Si su familia recibió beneficios de TANF/AFDC o cupones de comida (SNAP), proporcione el nombre del beneficiario principal:</p> <p>Nombre del beneficiario principal: _____</p>	
SECTION 2 ***PARA SER COMPLETADO POR AGENTE OFICIAL ÚNICAMENTE***	
FIRMA DE AGENTE OFICIAL :	FECHA: _____
FECHAS DE SERVICIOS: _____ A _____	SELLO DE AGENCIA: