



**Crédito Tributario por  
Oportunidad de Trabajo  
Formulario de características  
individuales (ICF)**

<b>1. Número de control (Solo para uso de la agencia)</b> <b>SWA / INFORMACIÓN DE LA AGENCIA</b> (Ver instrucciones en la pág. 4)
<b>2. Fecha de recepción (Solo para uso de la agencia)</b>
<b>INFORMACION DEL EMPLEADOR</b>
<b>3. Nombre del empleador</b> <b>4. Dirección postal, número de teléfono y dirección de correo electrónico del empleador</b>
<b>5. Número de identificación del empleador (EIN)</b>
<b>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DE EMPLEO</b>
<b>6. Nombre del solicitante (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)</b> <b>7. Número de Seguro Social</b>  - -
<b>8. ¿Ha trabajado anteriormente para este empleador?</b>  Sí: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
<b>CARACTERÍSTICAS DEL SOLICITANTE DE EMPLEO PARA LA CERTIFICACIÓN DE GRUPOS OBJETIVO DEL WOTC</b>
<b>9. Fecha de inicio del empleo</b> <b>10. Salario inicial</b> <b>11. Puesto de trabajo (Título) o SOC (Clasificación estándar de ocupación)</b>
<b>Instrucciones:</b> Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque cualquiera de las siguientes declaraciones que se apliquen al solicitante de empleo. Brinde información adicional cuando se solicite y según sea necesario para determinar la elegibilidad del grupo objetivo.
<b>12. Beneficiario calificado IV-A</b> <b>Marque aquí si el solicitante de empleo es un beneficiario calificado IV-A</b> <input type="checkbox"/>  Si el solicitante de empleo es miembro de una familia que recibe Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF), ingrese el nombre del <b>beneficiario principal de la asistencia</b> : _____ <b>y la ciudad y el estado</b> donde se recibieron los beneficios: _____
<b>13. Veterano calificado</b> <b>Marque aquí si el solicitante de empleo es un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.</b> <input type="checkbox"/>  Si el solicitante de empleo (veterano) es miembro de una familia que recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), ingrese el nombre del <b>principal beneficiario de la asistencia</b> : _____ <b>y la ciudad y los estados</b> donde se recibieron los beneficios: _____. <i>Nota: Se puede solicitar información adicional para determinar la elegibilidad de veterano calificado del solicitante de empleo, como prueba de tener derecho a una compensación por una discapacidad relacionada con el servicio o que tienen períodos agregados de desempleo.</i>

**14. Exdelincuente calificado**

Marque aquí si el solicitante de empleo es un exdelincuente

Ingrese la **fecha de la condena por delito grave** (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ y la **fecha de liberación:** \_\_\_\_\_

Condena federal:  Condena estatal:  Indique el estado aplicable: \_\_\_\_\_

Marque aquí si el solicitante de empleo está en un programa de liberación laboral:

**15. Residente de la Comunidad Designada (DCR)**

Marque si el solicitante de empleo tiene al menos 18 años pero no 40 años en la fecha de contratación, y reside en un Condado de Renovación Rural (RRC)  o una Zona de Empoderamiento (EZ).

Ingrese la **fecha de nacimiento del solicitante de empleo** (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

**16. Referido para rehabilitación vocacional**

Marque aquí si el solicitante de empleo es un referido para rehabilitación vocacional (VR)

**17. Empleado juvenil de verano calificado**

Marque aquí si el solicitante de empleo es un empleado juvenil de verano calificado

Ingrese la **fecha de nacimiento del solicitante de empleo** (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

**18. Beneficiario calificado del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)**

Marque aquí si el solicitante de empleo es un beneficiario calificado del SNAP (cupones para alimentos)

Ingrese la **fecha de nacimiento del solicitante de empleo** (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Ingrese el nombre **del beneficiario principal de la asistencia:** \_\_\_\_\_, y la **ciudad y los estados** donde se recibieron los beneficios: \_\_\_\_\_.

**19. Beneficiario calificado de Ingreso de Seguro Social Suplementario (SSI)**

Marque aquí si el solicitante de empleo recibió o está recibiendo Ingreso de Seguro Social Suplementario (SSI)

**20. Beneficiario de Asistencia Familiar a Largo Plazo**

Marque aquí si el solicitante de empleo es un beneficiario de Asistencia Familiar a Largo Plazo (TANF a largo plazo)

Ingrese el nombre del **beneficiario principal de la asistencia:** \_\_\_\_\_, y la **ciudad y los estados** donde se recibieron los beneficios: \_\_\_\_\_.

**21. Beneficiario calificado de Desempleo a Largo Plazo**

Marque aquí si el solicitante de empleo es un beneficiario calificado de Desempleo a Largo Plazo (LTUR)

Ingrese **la ciudad y los estados** donde se presentaron los registros de reclamos del UI/registros de salarios del UI: \_\_\_\_\_.

**22. Fuentes utilizadas para documentar la elegibilidad.** Enumere toda la documentación de respaldo enviada a la SWA. Indique al lado de cada documento enumerado si está adjunto (A) o próximamente (P). **Personal de la SWA:** enumere toda la documentación de respaldo utilizada para determinar la elegibilidad del grupo objetivo para el solicitante. Ingrese sus iniciales y la fecha en que se tomó la determinación.

**Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información anterior puede estar sujeta a verificación.**

**23(a). Firma:** (Vea las instrucciones en el Cuadro 23. (b) para quién firma este bloque de firma)

**23(b).** Indicar con un ✓ quién firmó este formulario:  
 Empleador,  Preparador del empleador,  
 SWA / Agencia participante,  
 Solicitante de empleo,  
 Padre/tutor (si el solicitante de empleo es menor de edad)

**24. Fecha de Firma:**

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES (ICF), ETA 9061.** Este formulario debe usarse junto con el Formulario 8850 del IRS para ayudar a las Agencias de Fuerza Laboral del Estado (SWA) a determinar la elegibilidad para el Crédito Tributario por Oportunidad de Trabajo (WOTC). El formulario puede ser completado, en nombre del solicitante de empleo, por 1) el empleador o el representante del empleador, 2) el solicitante directamente (si es menor de edad, el padre o tutor debe firmar el formulario) o 3) una agencia participante, y firmado por la persona que completa el formulario. Este formulario debe ser utilizado, sin modificaciones, por todos los empleadores (o sus representantes) que buscan la certificación para el WOTC. Los requisitos de elegibilidad para cada [grupo objetivo está disponible en el sitio web IRS.gov](#). Adicionalmente, información sobre [cómo enviar solicitudes de certificación, incluidos los formularios de procesamiento del WOTC](#).

Casilla 1y 2. **Agencia de Fuerza Laboral del Estado (SWA) o Agencia Participante.** Solo para uso de la agencia.

Casilla 3 a 5. **Información del empleador.** Ingrese el nombre, la dirección, incluido el código postal, el número de teléfono y el número de identificación del empleador (EIN) del empleador que solicita la certificación para el WOTC. Nota: El número EIN debe ser un número de identificación fiscal que esté registrado en el estado (donde se encuentra la empresa), para que la SWA pueda establecer una relación empleador-empleado donde se pagan los salarios (y se deducen los impuestos federales). No introduzca información relativa al representante del empleador, si lo hubiere.

Casilla 6 a 11. **Información del solicitante.** Ingrese el nombre completo del solicitante y el número de seguro social tal como aparecen en la tarjeta de seguro social del solicitante. Para el título del trabajo (posición), ingrese el título del trabajo del solicitante del trabajo o la clasificación estándar de ocupación (SOC) correspondiente. En la casilla 8, indique si el solicitante de empleo trabajó anteriormente para el empleador. Esta información ayudará a la SWA a determinar si el solicitante de empleo es miembro calificado por primera vez de uno o más grupos específicos del WOTC. Para obtener información adicional sobre recontrataciones no calificadas, consulte 26 USC §51(i)(2).

Casilla 12 a 21. **Características del solicitante.** Lea las declaraciones cuidadosamente, marque las casillas que correspondan y brinde información adicional donde se solicite. Los requisitos de elegibilidad para cada [grupo objetivo está disponible en el sitio web IRS.gov](#).

Casilla 22. **Fuentes para documentar la elegibilidad.** Los empleadores y las SWA usan este cuadro para enumerar las fuentes utilizadas para verificar la elegibilidad del grupo objetivo. Indique entre paréntesis junto a cada documento enumerado si está adjunto (A) o próximamente (P). Las SWA deben seguir esta anotación con sus iniciales y la fecha en que se completó la determinación de elegibilidad. A continuación, se brindan algunos ejemplos de documentación aceptable.

---

**Ejemplos de evidencia documental y contactos colaterales. Empleadores:** Puede consultar con su SWA para averiguar qué otras fuentes puede usar para verificar la elegibilidad del grupo objetivo. (Se le anima a brindar copias de la documentación para cada casilla marcada).

#### **PREGUNTAS 12, 18 y 20**

- Historial de beneficios de la TANF/del SNAP (cupones para alimentos) o identificador de número de caso
- Declaración firmada de una persona autorizada con una descripción específica de los meses de beneficios que se recibieron

#### **PREGUNTA 13**

- DD-214 o Documentos de licencia
- Contactos de la unidad de reserva
- Carta de separación u otros documentos de la agencia emitidos únicamente por el Departamento de Asuntos de los Veteranos (DVA, por sus siglas en inglés) en papel membretado del DVA que certifique que el veterano tiene una discapacidad relacionada con el servicio y firmado por la persona que verificó esta información
- Registros de reclamos del UI o registros de salarios del UI (para subcategorías de veteranos desempleados)

#### **PREGUNTA 14**

- Nombre o declaración del oficial de libertad condicional
- Registros de instituciones correccionales
- Extractos de registros judiciales

#### **PREGUNTAS 15 y 17**

- Acta de nacimiento o copia del registro hospitalario
  - Licencia de conducir
  - Tarjeta de identificación de la escuela<sup>1</sup>
  - Permiso de trabajo<sup>1</sup>
  - Identificación del gobierno federal/estatal/local
- Para determinar si un Residente de la Comunidad Designada vive en un Condado de Renovación Rural, visite el sitio web del

Servicio Postal de los EE. UU.: [www.usps.com](http://www.usps.com). Haga clic en Buscar código postal; Ingrese y envíe la dirección/código postal; Haga clic en Información de la Industria Postal; Descargue e imprima la información, luego compare el condado de la dirección con la lista en las Instrucciones para el formulario 8850 del IRS. Para obtener información adicional, consulte las Instrucciones para el [Formulario 8850 del IRS y la herramienta de localización de la zona de empoderamiento \(EZ\)](#), disponible en el sitio web [dol.gov](http://dol.gov).

#### **PREGUNTA 16**

- Contacto de la Agencia de Rehabilitación Vocacional
- Administración de Veteranos para Veteranos Discapacitados
- Carta de separación firmada o documento relacionado de la Persona autorizada en papel con membrete del DVA o sello de la agencia con una descripción específica de los meses en que se recibieron los beneficios.

#### **PREGUNTA 19**

- Registro o autorización del SSI/Evidencia de beneficios del SSI
- Contacto del SSI
- Para SWA: para determinar la elegibilidad para el SSI y/o titulares de boletos TTW, envíe solicitudes de verificación al contacto de la agencia designada por el USDOL.

#### **PREGUNTA 21**

- Registros de Salarios del Seguro de Desempleo (UI)
- Registros de reclamos del UI
- Formulario de autocertificación, formulario ETA 9175

#### **CASILLA 22**

- Enumere todas las fuentes utilizadas y brindadas a la SWA para documentar la elegibilidad del grupo objetivo. Personal de la SWA: enumere toda la documentación utilizada para determinar/verificar la elegibilidad en los grupos específicos solicitados por el empleador/representante, para llegar a la determinación final.

#### **Nota:**

1. Cuando un gobierno federal, estatal o local, una tarjeta de identificación escolar o un permiso de trabajo no contengan la edad o la fecha de nacimiento, se debe obtener otro documento válido para verificar la edad de la persona.
2. ESPL No. 05-98, con fecha 18/3/98, rescindió oficialmente la autoridad para usar el Formulario I-9 como prueba de edad y residencia. **Por lo tanto, el I-9 ya no es una prueba documental válida.**

---

Casilla 23 (a). **Firma. La persona que completa el formulario firma la casilla de firma.**

Casilla 23 (b). **Opciones de firma.** (a) El empleador o su representante autorizado, (b) el personal de la SWA, (c) el personal de la agencia participante o (d) el solicitante (si el solicitante es menor de edad, el padre o tutor debe firmar).

Casilla 24. **Fecha.** Ingrese el mes, día y año en que se completó el formulario.

**Nota:** El representante autorizado de un empleador se puede verificar a través de un Formulario de autorización de representante del empleador ejecutado (Formulario ETA 9198). El representante puede facilitar las actividades del WOTC, en las que se incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

- Completar, firmar y enviar formularios de procesamiento del WOTC.
- Solicitar actualizaciones de estado de la aplicación.
- Brindar información aclaratoria, incluida la documentación de respaldo.
- Recibir copias de avisos y comunicaciones.
- Presentar apelaciones de empleadores.

---

Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. La obligación del demandado de responder a estas preguntas es necesaria para obtener y conservar los beneficios según la ley 104-188. La carga de información pública para esta recopilación de información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la información. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir la carga al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Empleo y Capacitación, División de Programas Nacionales, Herramientas y Asistencia Técnica, 200 Constitution Ave., NW, Room C-4510, Washington, DC 20210 (Control de Proyecto de Reducción de Trámites No. 1205-0371).

---

..... ✂  
(Corte a lo largo de la línea punteada y guárdelo en sus archivos)

**AL SOLICITANTE DE EMPLEO O EMPLEADO,**

**Declaración de la Ley de Privacidad:** *El Código de Rentas Internas de 1986, Sección 51, según enmendado y su legislación vigente, PL 104-188, especifican que las Agencias de Fuerza Laboral del Estado son las agencias "designadas" responsables de administrar los procedimientos de certificación para el WOTC de este programa. La información que ha brindado al completar este formulario será divulgada por su empleador a la Agencia de Fuerza Laboral del Estado. El suministro de esta información es voluntario. Sin embargo, la información es necesaria para que su empleador reciba el crédito fiscal federal. SI LA INFORMACIÓN QUE BRINDA ES SOBRE UN FAMILIAR, DEBE BRINDARLE UNA COPIA DE ESTE AVISO.*