

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 2013)
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 año pasado.
- 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 2013"* y la información en la página 2 de la versión en Inglés de esta forma.