

**SECCIÓN DEL EMPLEADOR:**

<b>Cliente:</b> Source One Staffing, Inc.	<b>Compañía:</b> Source One Staffing, Inc.	
<b>Ubicación:</b> Wood Dale	<b>Puesto:</b>	<b>Sueldo:</b> \$

**SECCIÓN DEL EMPLEADO/A:**

<b>Nombre del empleado/a:</b>		<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad/Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Número de seguridad social:</b> - -	<b>Fecha de nacimiento:</b> _ / _ / _	<b>Edad:</b>	<b>¿Ha trabajado para esta compañía antes?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Dónde?:</b>	

Favor de completar todas las preguntas, y firmar y fechar el formulario.

Sí No

<b>1. ¿Ha usted o alguien que vive con usted recibido Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) para algún tiempo desde el 5 de agosto de 1997?</b> (Si contestó sí a la pregunta anterior, favor de proveer la información siguiente.) Nombre de la persona que recibe los beneficios: _____ Relación con usted: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. ¿Ha usted o alguien que vive con usted recibido Estampillas Alimentarias (SNAP) durante los últimos 15 meses?</b> (Si contestó sí, favor de proveer la información siguiente.) Nombre de la persona que recibe los beneficios: _____ Relación con usted: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. ¿Ha recibido Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para algún tiempo durante los últimos 3 meses?</b> Favor de notar que no son beneficios de Seguridad Social (SS) ni beneficios de Ingreso para Discapacidad del Seguro Social (SSDI). <i>*Si contestó sí, favor de proveer una copia de su documentación SSI.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. ¿Ha recibido algún tipo de rehabilitación vocacional durante los últimos dos años?</b> Si contestó sí favor de indicar con cual tipo de agencia trabajó y proveer su dirección. <input type="checkbox"/> Agencia de Rehabilitación Vocacional <input type="checkbox"/> Departamento de Asuntos de Veteranos <input type="checkbox"/> Red de Empleo (Boleta para Trabajar) Nombre de Agencia: _____ Número de Teléfono: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ <i>*Si contestó sí favor de proveer una copia de su Plan Individual de Trabajar y documentación de Boleto para Trabajar.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. ¿Es usted un veterano del ejército EEUU?</b> <i>*Si contestó sí, favor de proveer su DD-214 y carta de separación.</i> (Si contestó sí favor de proveer la información siguiente. Si no, favor de continuar a la pregunta 6.) Datos de Servicio – De: ___/___/___ A: ___/___/___ Cuerpo: _____ <b>¿Tiene derecho a compensación para una discapacidad relatada al servicio?</b> <b>¿Ha estado desempleado durante los últimos 12 meses?</b> Si contestó sí, datos de desempleo - De: ___/___/___ A: ___/___/___ <b>¿Recibió compensación de desempleo durante su periodo de desempleo?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. ¿Ha estado condenado/a por un delito grave o libertado/a de la cárcel durante los últimos 12 meses?</b> Fecha de convicción: ___/___/___ Fecha de liberación: ___/___/___ <b>¿Fue una</b> <input type="checkbox"/> Convicción federal <input type="checkbox"/> o estatal? Si estatal - Condado: _____ Estado: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Créditos Adicionales**

**IEC (Indio Americano):** ¿Es usted o su esposo/a miembro/a de una tribu india americana?    
*\*Si contestó sí favor de proveer una copia de su tarjeta CDIB.*

**Residentes de CA:**  ¿Es usted hijo/a de una familia de acogida?  ¿Recibe CalWorks?  ¿Ley de Inversión en la Fuerza Laboral?  
 ¿Es usted un trabajador temporal o migrante?  ¿Ha estado condenado/a de un delito menor?

**Residentes de SC:**  ¿Recibe Beneficios de Independencia Familiar?

**FAVOR DE LEER, FIRMAR Y FECHAR:**

292-879-7631

Bajo consecuencias de perjurio, yo afirmo que esta información es verdadera y fiel a mi mejor sabido, y autorizo cualquiera agencia, organización o individuales necesarios a suministrar tal verificación o información que sea necesaria para determinar elegibilidad para créditos fiscales a mi empleador/a, representativo del empleador Associated Consultants, Inc. dba Retrotax, o el Departamento de Labor.

Firma del Empleado/a Nuevo/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_