

# Cuestionario de requisitos para La Zona de Empresa (Enterprise Zone)

Su empleador está situado en la Zona de Empresa del condado de San Joaquín y puede ser elegible para los créditos de impuesto del estado, basados en el empleo de individuos cualificados. La información de esta aplicación es necesaria para determinar elegibilidad. La información es voluntaria y se mantendrá confidencial.

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE Y CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE

## PARTE A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Seguro Social \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Es ciudadano de los Estados Unidos? Si  No  si No, ¿es usted Residencia? Si  No

Es usted un ex-delincuente Si  No  Indio Americano/ Nativo de Alaska Si  No

¿Varones solamente, si nació después de 12/31/59 y registrado para servicios selectivos? Si  No  No esta seguro

Numero de Servicio Selectivo: \_\_\_\_\_ Fecha de Registración \_\_\_\_\_

## PARTE B: HISTORIA DE EMPLEO

	Si	No
¿Ha estado desempleado durante 15 de las últimas 26 semanas y es probable que no vuelva a la misma ocupación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue desempleado porque cerraron la fabrica (La compañía cambio de lugar o la cerraron)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue desempleado a causa de un despido masivo (50 o más empleados y el 33% de la mano de obra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue desempleado a causa de trabajo temporal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Era usted previamente empresario independiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue separado involuntariamente del Servicio Militar o Guardia Nacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Empleo (por favor de incluir el trabajo mas reciente)**

Empleador \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

Pago por hora \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_

Fecha que comenzó \_\_\_\_\_ Ultimo día de Trabajo \_\_\_\_\_

Razón por que dejo el trabajo \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

Pago por hora \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_

Fecha que comenzó \_\_\_\_\_ Ultimo día de Trabajo \_\_\_\_\_

Razón por que dejo el trabajo \_\_\_\_\_

## PARTE C HISTORIA MILITAR

	Si	No
¿Es un veterano deshabilitado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estuvo en el servicio militar 48 meses antes de trabajar para esta compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted sirvió entre las fechas de 8/5/64 a 5/7/75?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PARTE D: HISTORIA DE ASISTENCIA PUBLICA

Usted o su familia ha recibido:

Si No

¿Crédito de impuesto para oportunidad de trabajo (WOTC)?

¿Ayuda temporal para familias Necesitadas (TANF)?

¿CalWORKS (antes conocido como GAIN)?

¿Ingresos de seguridad suplemental (SSI)?

¿Ayuda general?

¿Estampillas para comida?

**PARTE E: INGRESOS DE LA FAMILIA**

Incluya hijos menores de 21 años de edad y/o dependientes legales que vivieron en su casa por 90 días (3 meses) antes de que empezara a trabajar para esta compañía. Por favor incorpore la cantidad que describe lo más mejor posible su total de ingresos de la familia en los 90 días (3 meses) antes de que empezara a trabajar.

**Total de individuos en la familia:** \_\_\_\_\_

Tamaño de la Familia	1	2	3	4	5+
Cantidad de ingresos de la Familia *					

\*Los ingresos puede incluir: salarios, pensión, concesiones de la universidad, pagos de incapacidad por el estado, etc.

Anote los nombres, las edades e ingresos de cada miembro inmediato de la familia	Edad	Fuente de Ingresos	Ingresos al Bruto Total (antes de impuestos) (últimos 90 días)
1. Yo:			
2. Esposo (a):			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Al firmar este documento, certifico que la información en esta aplicación es correcta, al mejor de mi conocimiento, y reconozco que tal información puede ser verificada. Autorizo la información dicha al local, el estado y/o las agencias federales al agente de la zona de empresa y/o al personal relacionado en el plazo de un año de esta fecha.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_