



# Condado de Tulare

## Zona Empresaria

### Forma de Pre- Aplicacion

Company Name: \_\_\_\_\_ Federal Tax ID # \_\_\_\_\_

*Su empleador esta localizado en la Zona Empresaria de la Condado de Tulare y es posible que sea elegible para recibir creditos en los impuestos estatales por emplear a individuos que califiquen. Esta pre-aplicacion se usa para determinar su elegibilidad. Completar esta pre-aplicacion es voluntario y la informacion permanecera confidencial.*

**Por favor escriba claramente y conteste a todas las preguntas.**

**Parte A -Informacion del Empleado**

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

Titulo: \_\_\_\_\_ Fecha que Empezo: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Salario: \$ \_\_\_\_\_ (hr.)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

	<i>Si</i>		<i>No</i>	
Es usted ciudadano de los E.U.? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Es usted indigena americano o nativo de Alaska?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Es usted ex-convicto que salio de la carcel o libertad condicional por comitir una felonias en el ultimo ano de la fecha que lo contrataron?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**Parte B -Historia de Empleo**

	<i>Si</i>	<i>No</i>
Fue despedido (laid off) de su trabajo anterior por razones de la compania?..... (Si si: Compania: _____ Fecha que termino: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fue despedido por cierre de planta o cierre de instalacion militar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fue despedido de su trabajo anterior por razones de la Acto de Aere Limpia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado sin trabajo durante 15 de las ultimas 26 semanas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvo su propio negocio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte C - Historia Militar**

	<i>Si</i>	<i>No</i>
Es usted un veterano incapacitado del servicio militar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fue usted dado de baja del servicio militar 48 meses antes de trabajar con esta compania?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estuvo activo en el servicio entre las fechas de 8/5/64 hasta 5/7/75?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fue usted miembro de las fuerzas armadas en Septiembre 30, 1990, separado involuntario o separado para proseguir a un programa de beneficio especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte D - Historia de Asistencia**

	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Ha recibido o ha sido elegible para recibir usted o un miembro de su familia:</i>		
Ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CalWORKS (Conocido antes como GAIN)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento vocacional o registrado en Workforce Investment Act (WIA)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI); Pagos de Seguro Social?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia general?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estampillas de comida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los ultimos seis meses de cuando empeno a trabajar en esta compania, ha recibido beneficios de desempleo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ya se inscribio o ya completo el programa de rehabilitacion de el estado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte E - \*Ingresos de Familia**

*\*Complete esta seccion solamente si sus ingresos son igual o menos la cantidad indicada abajo, son de acuerdo son el total de los miembros de su familia. Se su respuesta es "Si" alguna de las preguntas anteriores, no necesita proveer esta informacion.*

**Por favor circule la cantidad que mayor describa el ingreso total de su familia.**

<i>No. de Familia</i>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<i>*Cada Mas</i>
<i>*Ingreso Anual</i>	< \$7,980	\$13,070	\$17,950	\$22,150	\$26,140	\$30,570	\$4,430
<i>*Ingreso de 6 meses</i>	\$3,990	\$ 6,535	\$ 8,975	\$11,075	\$13,070	\$15,285	\$2,215

*Ingresos pueden incluir: sueldos, pension por divorcio o separacion, becas, pagos de desabilidad estatal, etc.*

<i>Apunte los nombres, edades e ingreso de los miembros en su familia</i>	<i>Edad</i>	<i>Fuente de Ingreso</i>	<i>* Ingreso Total</i>	
			<input type="checkbox"/> <i>Anual</i>	<input type="checkbox"/> <i>6 Meses</i>
1. <i>Usted:</i>			\$	
2. <i>Espos(a):</i>				
3.				
4.				
5.				
6.				
7. <i>Por favor, incluya otros miembros de la familia.</i>				



*Condado de Tulare*  
*Zona Empresaria*  
*Forma de Pre- Aplicacion,*  
*Declaracion de Solicitante*

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

*Al firmar este documento, yo estoy certificando que toda la informacion en esta solicitud es correcta a mi major entender y reconozco que dicha informacion queda sujeta al ser verificada.*

*Autorizo a las agencias locales, estatales y federales, para facilitar dicha informacion al personal de la Zona Empresaria del Condado de Tulare dentro del plazo de seis meses a partir de esta fecha.*

Firma de solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

---



# Tulare County Business Incentive Zone

## Pre-Screening Form – Qualifying Documents

### **Instructions:**

Please enclose the Pre-Screening Form and the Qualifying Document necessary to support your eligibility for the hiring credit in the envelope provided. You only need to qualify under one of the criteria to qualify your employer for the Targeted Tax Area Business Incentive Zone Hiring Credit.

### **Part A - Employee Information:**

Immediately preceding the qualified employee's commencement of employment with the qualified taxpayer, was a resident of a TTA.

*(Qualifying Documentation: Photo copy of Drivers License, Phone or Utility Bill)*

Member of federally recognized Indian tribe, band, or other group of Native American descent.

*(Qualifying Documentation: Copy of Tribal documents)*

Ex-offender shall be treated as convicted if he or she was placed on probation by state court without a finding of guilty.

*(Qualifying Documentation: Copy of Court documents documenting conviction or probation)*

### **Part B - Job History:**

Terminated or Laid off.

*(Qualifying Documentation: Copy of Lay off letter or UI Printout stating terminated or laid off)*

Unemployment Insurance Benefits.

*(Qualifying Documentation: Copy of UI Printout or UI Documents showing UI payments)*

Terminated or laid off due to the Clean Air Act?

*(Qualifying Documentation: Copy of Layoff letter)*

Terminated due to permanent closure or any substantial layoff at a plant.

*(Qualifying Documentation: Copy of Letter from employer / WARN Notice)*

Long-term unemployed.

*(Qualification Documentation: Unemployed for 15 or more or the 26 weeks prior to eligibility)*

### **Part C - Military History:**

Are you a service connected disabled Veteran?

*(Qualifying Documentation: Copy of Letter from Veterans Administration)*

A Veteran who is recently separated from military service

*(Qualifying Documentation: Copy of DD-214 documenting separation from military in last 48 months)*

Veteran of Vietnam Era.

*(Qualifying Documentation: Copy of DD-214 documenting active service in the military between 08/05/64 through 05/07/75)*

***Part C - Military History - continued:***

Was an active member of the armed forces as of September 30, 1990, involuntarily separated or separated pursuant to a special benefits program.

*(Qualifying Documentation: Copy of DD-214 Form)*

***Part D - Assistance History:***

Aid to Families with Dependent Children (AFDC).

*(Qualifying Document: Copy of Letter or printout from Health and Human Services)*

Voluntary or mandatory registrant under CalWorks.

*(Qualifying Documentation: Copy of Letter or Printout from Health and Human Services)*

Eligible for services or enrolled in WIA or its successor.

*(Qualifying Document: WID MIS System – Name & Social Security Number)*

Federal SSI.

*(Qualifying Document: Copy of Letter or printout from Social Security Administration)*

State and local government assistance GA.

*(Qualifying Document: Copy of Letter or printout from Health and Human Services)*

Food Stamps.

*(Qualifying Document: Copy of Letter or printout from Health and Human Services)*

Disabled individual who is eligible for or enrolled in, or has completed a state rehabilitation plan.

*(Qualifying Document: Copy of State Department of Rehabilitation Letter)*

***Part E - Family Income:***

Total Family Income.

*(Qualifying Documentation: Copies of consecutive pay stubs, UI printout, HHSA benefits history, alimony, child support.)*

---

*Thank you for your time and cooperation.*