|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01201S (09/2020) | | | **STATE OF WISCONSIN** | | |
| **CONFIGURACIÓN DEL TRABAJADOR CONTRATADO POR UN PARTICIPANTE DE IRIS**  **IRIS PARTICIPANT–HIRED WORKER SET-UP** | | | | | |
| **INSTRUCCIONES:** | La cumplimentación de este formulario no es necesaria a través del Estatuto del Estado de Wisconsin; sin embargo, la cumplimentación de este formulario es un requisito del programa IRIS. Tanto el trabajador contratado como el participante empleador deben firmar y fechar la parte inferior de este formulario para que se considere completo. Un trabajador contratado por el participante no puede comenzar a trabajar para un participante antes de la fecha de inicio de IRIS, indicada en la carta de fecha de inicio del participante.  La información de identificación personal en este formulario se recopila para verificar que la solicitud está completa, y se utilizará para este propósito y para el proceso de enumeración de verificación de visitas electrónicas. Por consiguiente, todos los trabajadores contratados por los participantes deben proporcionar su dirección de correo electrónico para poder procesar este formulario.  Los formularios completos deben enviarse al agente empleador fiscal del participante. | | | | |
| **SECCIÓN I – DEMOGRAFÍA DEL TRABAJADOR CONTRATADO POR EL PARTICIPANTE (todos los campos deben completarse)** | | | | | |
| Nombre – Trabajador contratado por el participante (Apellido, Nombre, Inicial) | | | Género  Masculino  Femenino | | Fecha de nacimiento (**obligatorio**) |
| Dirección postal | | Ciudad | Número de teléfono | | |
| Estado | | Código postal | Dirección de correo electrónico (**obligatorio**) | | |
| **SECCIÓN II – DEMOGRAFÍA DEL PARTICIPANTE EMPLEADOR (todos los campos deben completarse)** | | | | | |
| Nombre – Participante empleador (Apellido, Nombre, Inicial) | | | Fecha de nacimiento | | Índice maestro de clientes (Master Client Index - MCI) |
| Dirección postal | | Ciudad | Número de teléfono | | |
| Estado | | Código postal | Dirección de correo.electrónico | | |
| Al firmar a continuación, yo (nosotros) acepto que la información en este formulario es exacta y yo (nosotros) tengo toda la documentación de respaldo en mi poder. Ambos firmantes se comprometen a enviar solo los informes de tiempo dentro de las horas autorizadas. Sin aprobación previa, el exceso de horas reclamadas por encima de las autorizadas puede ser rechazado para el pago. Ambos firmantes también reconocen que no se autorizarán horas trabajadas antes de una verificación de antecedentes aprobada. | | | | | |
| **FIRMA** – Trabajador contratado por el participante | | | | Fecha de la firma | |
|  | | | |  | |
| **FIRMA** – Participante empleador | | | | Fecha de la firma | |
|  | | | |  | |