|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-01246S (01/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Wisconsin Statutes§ 48.685 and 50.065Administrative RuleDHS 12.05(4) |
| **ANEXO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES — IRIS****BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE ADDENDUM—IRIS** |
| **INSTRUCCIONES:** | La cumplimentación de este formulario es necesaria en virtud de las disposiciones de los Chapters 48.685 y 50.065 Wis. Stats. El incumplimiento puede resultar en una denegación o despido de su empleo.La información de identificación personal en este formulario se recopila para verificar su identidad y que el formulario está completo. |
| **SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL SOLITANTE** |
| Nombre – (Apellido, Nombre, Inicial)      | Fecha de nacimiento      |
| Indique todas las ciudades y estados en los que haya vivido en los últimos tres años, y el o los nombres con los que se lo identificó (si difieren de su nombre actual). Indique la cantidad de años que vivió allí. |
| Dirección – (Dirección, Ciudad, Estados, Código postal) | Años en esa residencia | Cualquier otro nombre por el que haya sido conocido (incluido el nombre de soltera) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **SECCIÓN II - INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SOLICITANTE** |
| Llenar esta sección es solo necesario para los solicitantes que han vivido fuera del estado de Wisconsin en los últimos tres años. |
| Direccion actual      | Ciudad      | Estado      | Código postal      | Condado      |
| Dirección anterior      | Ciudad      | Estado      | Código postal      | Condado      |
| Dirección anterior      | Ciudad      | Estado      | Código postal      | Condado      |
| Dirección anterior      | Ciudad      | Estado      | Código postal      | Condado      |
| Nombre de soltera de la madre      | Nombre actual de la madre - (Apellido, Nombre, Inicial)      |
| Nombre del padre - (Apellido, Nombre, Inicial)      |  |
| **SECCIÓN III: RECONOCIMIENTOS Y FIRMA** |
| El solicitante debe marcar todas las casillas, firmar y fechar. |
| [ ]  | Confirmo que la información que brindé en este formulario es completa y precisa según mi leal saber y entender. |
|[ ]  Autorizo a las agencias asociadas de IRIS del DHS a llevar a cabo una verificación de antecedentes en el presente y a realizar futuras verificaciones de antecedentes de manera automática, sin aviso, cada 4 años y de forma *ad hoc* mientras preste servicios pagos de IRIS. |
|[ ]  Entiendo que una verificación de antecedentes fuera del estado o del país puede incrementar el tiempo de procesamiento. |
| **FIRMA** – Solicitante | Fecha de la firma |
|  |  |