|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-01352R (02/2019) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **ЗАЯВКА НА АПЕЛЛЯЦИЮ ПО ПРОГРАММЕ ПРОВЕРКИ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ – ПРОГРАММА IRIS****BACKGROUND CHECK APPEAL REQUEST – IRIS PROGRAM** |
| Участники, выбравшие работника или кандидата в работники, который не прошел проверку биографических данных при трудоустройстве в качестве работника, выбираемого участником IRIS, могут подать заявку на апелляцию через Department of Health Services (Департамент здравоохранения). Участник и кандидат должны внести в заявку на апелляцию информацию, указанную ниже. |
| Направьте заполненную и подписанную форму по адресу: IRIS Background Check Appeals 1 W. Wilson StreetRm. 518Madison, WI 53707 |
| Форма заполняется в добровольном порядке. Как участник, так и кандидат должны внести требуемые от них заявления и подписать данную заявку на апелляцию. Персональные данные в форме указываются для проверки полноты заполнения заявки и будут использоваться исключительно в этих целях. Представители программы IRIS сохранят конфиденциальность Ваших персональных данных. |
| **РАЗДЕЛ I – ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ** |
| Имя участника (фамилия, имя)      | MCI участника      |
| **РАЗДЕЛ II – ИНФОРМАЦИЯ О КАНДИДАТЕ** |
| Имя кандидата (фамилия, имя)      | Дата рождения кандидата      |
| **РАЗДЕЛ III – РАБОЧИЕ ОБЯЗАННОСТИ** |
| Перечислите виды и количество услуг, которые будет оказывать кандидат при приеме на работу:      |
| **РАЗДЕЛ IV – ДАННЫЕ О СУДИМОСТИ** |
| Перечислите судимости, в отношении которых подается апелляция, включая год вынесения приговора, номер закона и формулировку судимости: |
|       |
| **РАЗДЕЛ V – УЧАСТНИК / ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ** |
| Подробно опишите, почему для Вас важно, чтобы данный кандидат мог оказывать Вам услуги, и дайте оценку своей безопасности с учетом судимостей, в отношении которых подается апелляция:       |
| **РАЗДЕЛ VI – КАНДИДАТ** |
| Подробно опишите, почему, по Вашему мнению, судимости, в отношении которых подается апелляция, не должны приниматься во внимание и Вы должны получить разрешение на оплату IRIS Ваших услуг как работника, нанимаемого участником: |
|       |
| Своей подписью заверяю, что я добровольно предоставил(а) достоверную и точную информацию. Я подтверждаю, что понимаю, что не был(а) бы обязан(а) подавать апелляцию, если бы я предпочел(чла) нанять другого работника, самостоятельно или через агентство, для оказания мне услуг по уходу. Я понимаю, что у меня есть возможность попытаться нанять данного кандидата через агентство. |
| **ПОДПИСЬ** – Участник | Дата подписи |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ** – Опекун или законный представитель | Дата подписи |
|  |  |
| Своей подписью заверяю, что предоставил(а) достоверную и точную информацию на основании имеющихся у меня сведений. Я понимаю, что если меня не удовлетворит результат апелляции, я имею право подать жалобу в Department of Workforce Development (Департамент трудовых ресурсов). |
| **ПОДПИСЬ** – Кандидат | Дата подписи |
|  |  |