|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-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 Street  Rm. 518  Madison, 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 |
|  | |  |