|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-01352S (02/2019) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **SOLICITUD DE APELACIÓN DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES – PROGRAMA IRIS****BACKGROUND CHECK APPEAL REQUEST – IRIS PROGRAM** |
| Los participantes que optan por un trabajador/solicitante que no pase la verificación de antecedentes de empleo como trabajador contratado por un participante de IRIS pueden solicitar una apelación a través del Department of Health Services. El participante y el solicitante tienen que completar la siguiente información para solicitar una apelación. |
| El formulario lleno y firmado debe enviarse a: IRIS Background Check Appeals 1 W. Wilson StreetRm. 518Madison, WI 53707 |
| La cumplimentación de este formulario es voluntaria. Ambos el participante y el solicitante tienen que completar sus declaraciones requeridas y firmar esta solicitud de apelación. La información personal identificable en este formulario se recopila para verificar que la solicitud está completa y se utilizará sólo para este propósito. Los representantes del programa IRIS mantendrán su identidad confidencial. |
| **SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE** |
| Nombre del participante (Apellido, Nombre)      | MCI del participante      |
| **SECCIÓN II – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**  |
| Nombre del solicitante (Apellido, Nombre)      | Fecha de nacimiento del solicitante      |
| **SECCIÓN III – RESPONSABILIDADES DE TRABAJO** |
| Por favor, indique el tipo y la cantidad de servicios que el solicitante proporcionaría si es contratado:      |
| **SECCIÓN IV – RESUMEN DE LAS CONVICCIONES**  |
| Por favor indique las convicciones por las que está apelando incluyendo el año condenado, número de ley, y nombre específico:  |
|       |
| **SECCIÓN V – PARTICIPANTE/ REPRESENTANTE LEGAL** |
| Por favor, describa en detalle por qué es importante para usted que a este solicitante se le permita ofrecerle servicios y su evaluación de su seguridad con respecto a las convicciones que están siendo apelada: |
|       |
| **SECCIÓN VI – SOLICITANTE** |
| Por favor, describa en detalle por qué cree que las convicciones por las que está apelando deberían estar exentas y que a usted se le debería autorizar pagarle con los fondos del IRIS como un trabajador contratado por el participante: |
|       |
| Mi firma indica que la información que he proporcionado es verdadera y exacta y que fue proporcionada por mi propia voluntad. Reconozco que entiendo que no estoy obligado a participar en este proceso de apelación si prefiriera contratar a un trabajador contratado por el participante diferente o a una agencia para proporcionar mis cuidados. Entiendo que tengo la opción de intentar contratar a este solicitante a través de una agencia. |
| **FIRMA** – Participante | Fecha de la firma |
|  |  |
| **FIRMA** – Tutor o Representante Legal | Fecha de la firma |
|  |  |
| Mi firma indica que la información suministrada anteriormente es verdadera y exacta de acuerdo con lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si no estoy satisfecho con el resultado de esta apelación que tengo el derecho de presentar una queja con el Department of Workforce Development. |
| **FIRMA** – Solicitante | Fecha de la firma |
|  |  |