|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00075S (02/2024) |  | | **CIP** |
| **Autorización de IRIS (Include, Respect, I Self-Direct)  (Inclusión, respeto, autogestión)**  **(IRIS (include, respect, I self-Direct) authorization)** | | | |
| Completar y firmar este formulario es voluntario; sin embargo, no se puede procesar ninguna referencia de inscripción o cambio dentro del Programa IRIS sin el formulario completo y firmado. Si desea realizar una solicitud para este programa, debe ponerse en contacto con su oficina local del Aging and Disability Resource Center (Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRC) o con su Aging and Disability Resource Specialist (Especialista en recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRS) tribal. Puede encontrar la información de contacto de los ADRC locales o los ADRS tribales en [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).  El formulario de autorización de IRIS (F-00075) cumple distintas funciones y se debe adjuntar a todas las referencias a inscripciones o cambios dentro del programa IRIS. Toda la información ingresada debe ser completa y precisa. Se necesita su firma o la firma de su tutor legal, custodio o de una persona con poder notarial vigente. Si firma con una marca, es necesaria la firma de dos testigos. Si no está capacitado/a físicamente para firmar, puede instruir a una persona adulta que firme el formulario en su nombre frente a dos testigos. La persona que firme en su nombre debe indicar que está firmando de acuerdo con las instrucciones del solicitante.  El personal del Aging and Disability Resource Center (Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRC) o del Aging and Disability Resource Specialist (Especialista en recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRS) tribal se encarga de completar y presentar el formulario ante la IRIS Consultant Agency (Agencia consultora de IRIS) (ICA). El ADRC o ADRS tribal debe conservar la copia original del formulario de autorización de IRIS firmado, o una copia electrónica escaneada del formulario firmado, durante un período de diez años en la eventualidad de que se soliciten los registros. | | | |
| **I. INFORMACIÓN DE REFERENCIA—** El agente de referencia (del ADRC o ADRS tribal) se encarga de completar **todas** las casillas de esta sección. | | | | |
| Fecha – La ICA concede acceso de sólo lectura a LTCFS | | Fecha – Remisión a la ICA | | |
| **Información del participante** | | | | |

| Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | | | | | | | | Fecha de nacimiento | | | | Condado de residencia | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nativo americano/de Alaska  Sí  No | | | | | | | | | | | | | Afiliación tribal nativa americana/de Alaska: | | | | | | | |
| Dirección | | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | Código postal | |
| Número de teléfono | | | Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | Mejor momento para contactar | | |
| Tutela establecida  Sí  No | | | Power of Attorney for Health Care (poder notarial para asistencia sanitaria) vigente  Sí  No | | | | | | | | | | | | Power of Attorney for Finance (poder notarial financiero) vigente  Sí  No | | | | | |
| Nombre del tutor/ Contacto del POA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono del tutor/POA | | | | | | | | | | | | | | Mejor momento para contactar | | | | | | |
| Establecimiento de la elegibilidad para Medicaid (sólo remisión inicial)  Sí  No  Medicaid pendiente | | | | | | | | | | | | | | N.º de identificación de Medicaid: | | | | | | |
| Medicare u otro seguro (sólo remisión inicial)  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | Idioma para el aviso de CARES:  Inglés  Español | | | | | | |
| Nombre del beneficiario (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | Medicare Beneficiary Identifier (Identificación del beneficiario de Medicare) (MBI) | | | | | | | | | | | | | |
| Importe mensual de costos compartidos (sólo remisión inicial) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| $ |  | | (introduzca 0 si no hay costos compartidos) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SSI-E (sólo remisión inicial) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recibido  No admisible  Rechazado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona está inscrita actualmente en (marque sólo una) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sin programa previo | | | | Cuidado administrado de HMO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Family Care / PACE/asociación con MCO—Especifique el nombre de la MCO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IRIS—Especifique el nombre de la ICA: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Children’s Waiver (Exención de menores) (CLTS) Complete la información de contacto que se solicita a continuación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del trabajador/a de CLTS | | | | | | | | | | | | | | | | Condado | | | | |
| Número de teléfono | | | | | Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Otra información pertinente** (Marque todas las que procedan) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Necesita servicios inmediatos | | | | | | | | | | Tiene una colocación por protección | | | | | | | | | | |
| Atendido actualmente por CSP | | | | | | | | | | Reubicación / Vive actualmente en un entorno no subvencionable (NH, IMD, CBRF, etc.) | | | | | | | | | | |
| Necesita un intérprete de idiomas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro—Especifique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel de atención médica  Marque el NH LOC asignado en la columna de la izquierda y luego marque el DD LOC adecuado en la columna de la derecha. Sólo se permite un máximo de dos casillas marcadas.   |  |  | | --- | --- | | Elija 1 | Elija 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | |  |  | | | | | | | | | | | | | Grupo objetivo:  FE  ID/DD  PD | | | | | | | | |
| Nombre de la ICA seleccionada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del FEA seleccionado (sólo aplica a la remisión y selección inicial de IRIS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estoy interesado/a en la IRIS Waiver (exención de IRIS). Entiendo que tendré la oportunidad de reunirme con un asesor de IRIS que me proporcionará información adicional sobre IRIS.  Entiendo que una remisión a la IRIS Consultant Agency (Agencia consultora de IRIS) no es un compromiso para inscribirme en el programa IRIS.  Yo o mi representante podemos retirarnos de IRIS en cualquier momento previa solicitud.  Entiendo que si no estoy satisfecho/a con la ICA que he seleccionado, puedo elegir otra ICA.  Entiendo que el agente Fiscal Employer Agent (fiscal del empleador) que he seleccionado será responsable de proporcionar el pago a todos los proveedores de servicios de exención.  Entiendo que si no estoy satisfecho/a con el FEA que he seleccionado, puedo elegir otro FEA durante el período de transferencia permitido.  Autorizo que la IRIS Consultant Agency (Agencia consultora de IRIS) seleccionada anteriormente tenga acceso a la información indicada a continuación para ayudarme con la inscripción a IRIS:   * Acceso a la información de mi Long-Term Care Functional Screen (Análisis funcional de cuidados a largo plazo) (LTCFS) * Copia de mis hojas de verificación o presupuesto de CARES Medicaid (identifica los costos compartidos y la elegibilidad financiera) * Detalles de gastos médicos de recuperación (si procede) * Copia actual de mi Individual Support and Service Plan (Plan de servicio y ayuda individual) (ISSP) / Member Centered Plan (Plan centrado en miembros) (MCP) (si procede y está disponible) * Documentación médica * Otro – Especifique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **La firma de este formulario no garantiza la elegibilidad para el Programa IRIS ni la posibilidad de transferirse entre distintas ICA.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** – Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Firma –** tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Firma –** tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **FIRMA** – Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **FIRMA** – Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **III. INFORMACIÓN COMPLETADA POR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del ADRC o tribu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del trabajador/a del ADRC o ADRS tribal | | | | | | | | | | | | | | | | Condado | | | | |
| Número de teléfono | | | | | Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distribución del formulario completado: | | | | | | Persona, tutor, custodio o persona con poder notarial vigente  ICA seleccionada  Tribu, si corresponde  Trabajador/a de CLTS, si corresponde | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. REMISIÓN DE IRIS AL ADRC o ADRS tribal y al trabajador de IM y CLTS, si procede.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la ICA | | | | | | | | Nombre del miembro del personal | | | | | | | | | | | Fecha | |
| Fecha de inicio de IRIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retiro solicitado por el cliente | | | | | | | | | Retiro solicitado por el Programa IRIS | | | | | | | | | | | |
| Transferencia a la ICA denegada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |