|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01201AR (03/2023) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **ИДЕНТИФИКАЦИЯ ОТНОШЕНИЙ РАБОТНИКА, НАНЯТОГО  УЧАСТНИКОМ ПРОГРАММЫ IRIS**  **(IRIS PARTICIPANT-HIRED WORKER RELATIONSHIP IDENTIFICATION)** | |
| **ИНСТРУКЦИИ К ФОРМЕ**  **Эта форма используется fiscal employer agents (финансовые агенты работодателя) (FEAs) для идентификации следующего: освобождения работодателя/работника от некоторых штатных и федеральных налогов (Раздел B), освобождения от требований Electronic Visit Verification (электронное подтверждение визита) (EVV) (Раздел C) и исключения работников, проживающих по месту работы, из требования уплаты за переработку по закону Fair Labor Standards Act (Закон о справедливых трудовых стандартах) (FLSA) (Раздел C).**   |  |  | | --- | --- | | **ИНСТРУКЦИИ:** | Заполнение этой формы является требованием программы IRIS. Работник, нанятый участником программы, и участник программы должны подписать и поставить дату в нижней части документа для того, чтобы он считался заполненным. Работник, нанятый участником программы, не может начать накапливать оплачиваемые рабочие часы до письменного уведомления в официальном письме DHS IRIS о дате начала работы. Эта форма должна заполняться каждый раз при добавлении к плану участника программы работника, проживающего по месту работы, или при изменении адреса участника.  Устное подтверждение этой информации должно предоставляться участником или лицом, принимающим решения на законных основаниях, ежегодно во время продления плана участника для продолжения действия статуса работника, проживающего по месту работы. |   **Исключение работников, проживающих по месту работы, из требования получения платы за переработку –** Fair Labor Standards Act (Закон о справедливых трудовых стандартах) (FLSA) федерального Department of Labor (Министерства труда) требует от работодателей домашних хозяйств выплачивать сверхурочные работникам за переработанные часы свыше 40 часов в течение рабочей недели. Правила об исключении работников, проживающих по месту работы, из требования получения платы за переработку относятся к работникам, которые:   * Постоянно проживают в одном доме со своим работодателем. * Проживают в одном доме с работодателем в течение длительных периодов времени, которыми считается не менее 5 последовательных дней и ночей в неделю и/или 120 и более часов в неделю.   Если какое-либо из указанных выше положений имеет место, выберите «Да» в Разделе C, «Исключение работника, проживающего по месту работы, из требования получения платы за переработку» на странице 2. В противном случае выберите «Нет».  Для получения дополнительной информации об исключении работников, проживающих по месту работы, из требования получения платы за переработку в соответствии с FLSA, смотрите Информационный бюллетень Department of Labor (Министерство труда) 79B – Оказывающие домашние услуги работники, проживающие по месту работы, в соответствии с законом FLSA, доступный на веб-сайте: <https://www.dol.gov/whd/homecare/factsheets.htm> или обратитесь в телефонную службу помощи Department of Labor Wage and Hour Division (Отдел заработной платы и продолжительности рабочего дня Министерства труда) по телефону 1-866-487-9243.  **Освобождение работника, проживающего по месту работы, от требований EVV –** Нанятый участником программы работник, проживающий по месту работы, не обязан использовать EVV. Освобождение в отношении требований EVV относится к работникам в следующих ситуациях:   * Работник постоянно проживает по месту жительства участника программы, получающего услуги. * Работник постоянно проживает в двухсемейном жилом помещении (например, в дуплексе), где участник программы, получающий услуги, проживает в другой половине жилого помещения И является родственником участника, получающего услуги. Родственник определяется как лицо, связанное любой степенью кровного родства, усыновлением или браком с членом или участником программы. * Участник проживает в регулярно запланированные промежутки времени в отдельных домах обоих родителей  или лиц, принимающих решения на законных основаниях. Оба родителя или опекуна считаются работниками, проживающими по месту работы, для целей соблюдения требований EVV.   Если любое из указанных выше положений имеет место, выберите «Да» в Разделе C, «Освобождение работника, проживающего по месту работы, от требований EVV» на странице 2. В противном случае выберите «Нет». | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ИДЕНТИФИКАЦИЯ ОТНОШЕНИЙ РАБОТНИКА, НАНЯТОГО УЧАСТНИКОМ ПРОГРАММЫ IRIS**  **(IRIS PARTICIPANT-HIRED WORKER RELATIONSHIP IDENTIFICATION)** | | | | | | |
| **РАЗДЕЛ A: СТОРОНЫ** | | | | | | |
| Полное имя – работник, нанятый участником (фамилия, имя) | | | Полное имя – участник программы, нанявший работника (фамилия, имя) | | | |
| Medicaid Identification (Идентификационный номер программы Medicaid) участника (MCI): | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **РАЗДЕЛ B: ОТНОШЕНИЯ** | | | | | | |
| **Работник, нанятый участником программы**: отметьте поле, которое лучше всего идентифицирует ваши юридические отношения с участником. Например, если участник является вашей бабушкой, вы являетесь внуком или внучкой участника. **Отметьте только одно поле**.  Мое отношение к участнику: | | | | | | |
| **РОДСТВЕННИК (БИОЛОГИЧЕСКИЙ)** | **РОДСТВЕННИК (БРАК/ПАРТНЕРСТВО)** | | | **НЕ РОДСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ** | | |
| Родитель\* ± | Супруг\* ± | | | Друг | | |
| Взрослый ребенок (старше 21 года)\* | Сожитель\* Ŧ | | | Сосед | | |
| Ребенок (моложе 21 года)\* ± | Приемный родитель\* | | | Бывший супруг (развод завершен) | | |
| Приемный ребенок\* | Пасынок (падчерица)\* | | | Работник | | |
| Дедушка (бабушка)\* | Приемный внук (внучка) | | |  | | |
| Внук (внучка)\* | Приёмные дети от прежних браков | | | Примечания: | | |
| Приёмные дети от прежних браков | Тесть (теща) | | |
| Дядя (тетя) | Ребенок со стороны мужа или жены | | |
| Племянник (племянница) | Брат или сестра со стороны мужа или жены | | |
| Двоюродный брат (двоюродная сестра) |  | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* В связи с вашими отношениями с участником и в силу действующего законодательства, вы освобождаетесь от уплаты налога на заработную плату в фонд страхования от безработицы (SUTA). Если ваша трудовая деятельность с участником будет прекращена, вы не будете получать пособие по безработице. Любые применимые льготы не могут быть отменены. | ± В связи с вашими отношениями с участником и в силу действующего законодательства, вы освобождаетесь от уплаты налога на заработную плату в фонд Social Security (социальное обеспечение) и программу Medicare (FICA). Если вы делаете взносы в систему Social Security (социальное обеспечение) и программу Medicare (FICA), вы не зарабатываете баллы за работу для системы социального страхования. Любые применимые льготы не могут быть отменены | Ŧ В соответствии с разделом 770.05 законодательства штата Висконсин домашнее партнерство означает, что вы и ваш однополый партнер подали заявление о Domestic Partnership (домашнее партнерство) и имеете заверенную копию вашего Declaration of Domestic Partnership (заявление о домашнем партнерстве). |   **РАЗДЕЛ C: УСЛОВИЯ СОВМЕСТНОГО ПРОЖИВАНИЯ** (см. инструкции на странице 1) | | | | | | |
| **Работники, проживающие по месту работы, исключены из требования получения платы за переработку**  **Да**, работник является лицом, проживающим по месту работы, для целей этого исключения. Все отработанные часы свыше 40 в течение рабочей недели будут оплачиваться по обычной почасовой ставке.  **Нет**, работник не является лицом, проживающим по месту работы, для целей этого исключения.  **Освобождение работника, проживающего по месту работы, от требований EVV**  **Да**, работник является лицом, проживающим по месту работы, которое имеет право на освобождение от требований EVV. (Перейдите к разделу D: **Electronic Visit Verification (электронное подтверждение посещения) (EVV) Идентификация проживания по месту работы**)  **Нет**, работник не имеет права на освобождение от требования EVV. (Пропустите раздел D) | | | | | | |
| Адрес совместного проживания | | | | | | |
| Улица | | Город | | | Штат | Почтовый индекс |
|  | |  | | | WI |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **РАЗДЕЛ D: ELECTRONIC VISIT VERIFICATION (ЭЛЕКТРОННОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОСЕЩЕНИЯ) (EVV) ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОЖИВАНИЯ ПО МЕСТУ РАБОТЫ** | | |
| Постоянное место жительства определяется тем, что работник может представить документацию, в которой указаны  его имя, фамилия и текущий адрес проживания. Адрес должен соответствовать перечисленным выше требованиям, предъявляемым к работнику, проживающему по месту работы. Работник может использовать один документ из столбца  А или два типа документов из столбца В. Отметьте поле рядом с документом (документами), представляемым в качестве доказательства постоянного проживания. | | |
| Столбец A (Выберите **один пункт**)  Текущие и действительные водительские права штата Wisconsin или удостоверение личности штата  Другое действующее официальное удостоверение личности или лицензия, выданные государственным органом или подразделением штата Wisconsin  Счет или квитанция по налогу на недвижимость за текущий год  Договор аренды жилого помещения на текущий год  Чек или иной документ, выданный государственным органом в течение последних трех месяцев | Столбец B (Выберите **два документа**)  Счет за газ, электричество, телефон за текущий месяц или прошлые три месяца  Банковская выписка за текущий или прошлый месяц  Чек или квитанция о начислении зарплаты за текущий или прошлый месяц | |
| **РАЗДЕЛ E: ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ** | | |
| **Работник, нанятый участником программы:** если я отметил «Да» выше в разделе C, я должен уведомить Fiscal Employer Agent (финансовый агент работодателя) (FEA) в течение **семи (7) дней** об изменении моих условий проживания.  **Участник программы-работодатель (отметить, если применимо):**  Я ознакомился с приведенной выше документацией и подтверждаю, что адрес работника в предоставленной документации совпадает с адресом участника программы в этой форме.  Я подтверждаю, что предоставленная документация для адреса не является точным соответствием для участника программы, но работник соответствует всем перечисленным критериям и требованиям, предъявляемым к совместно проживающему родственнику.  **Подписываясь ниже, вы соглашаетесь с тем, что информация в этой форме является точной, и вся подтверждающая документация находится в вашем распоряжении.** | | |
| **ПОДПИСЬ** — работник, нанятый участником | | Дата подписания |
|  | |  |
| **ПОДПИСЬ** — участник-работодатель | | Дата подписания |
|  | |  |