|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01201R (09/2020) | | | **STATE OF WISCONSIN** | | |
| **ОФОРМЛЕНИЕ РАБОТНИКА, НАНЯТОГО УЧАСТНИКОМ ПРОГРАММЫ IRIS**  **IRIS PARTICIPANT-HIRED WORKER SET-UP** | | | | | |
| **ИНСТРУКЦИИ** | Законодательство штата Висконсин не требует заполнения этой формы. Однако этого требуют правила программы IRIS. Как работник, нанятый участником, так и участник-работодатель должны подписаться и указать дату в нижней части формы для того, чтобы она считалась завершенной. Работник, нанятый участником, не может начать работать на участника до даты начала программы IRIS, указанной в письме участника с датой начала работы.  Идентифицирующая личность информация, собираемая в этой форме, служит для удостоверения того, что заявление завершено и будет использоваться для этой цели и процесса электронного подтверждения и регистрации визита. Поэтому все работники, нанятые участником, должны предоставить свои адреса электронной почты для обработки этой формы.  Заполненные формы должны быть представлены фискальному агенту работодателя. | | | | |
| **РАЗДЕЛ I – ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ РАБОТНИКА, НАНЯТОГО УЧАСТНИКОМ (все поля должны быть заполнены)** | | | | | |
| Полное имя – работник, нанятый участником  (фамилия, имя, отчество) | | | Пол  Мужской  Женский | | Дата рождения **(требуется указать)** |
| Почтовый адрес | | Город | Номер телефона | | |
| Штат | | Почтовый индекс | Эл. почта **(требуется указать)** | | |
| **РАЗДЕЛ II – ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ УЧАСТНИКА-РАБОТОДАТЕЛЯ (все поля должны быть заполнены)** | | | | | |
| Полное имя – участник-работодатель  (фамилия, имя, отчество) | | | Дата рождения | | Основной индекс участника (MCI) |
| Почтовый адрес | | Город | Номер телефона | | |
| Штат | | Почтовый индекс | Эл. почта | | |
| Подписываясь ниже, я (мы) соглашаюсь (соглашаемся) с тем, что информация в этой форме является точной, и вся подтверждающая документация находится в моем распоряжении. Оба подписавших лица соглашаются представлять отчеты об отработанных часах только в пределах разрешенных часов. Без предварительного утверждения излишние заявленные отработанные часы свыше разрешенного предела, могут быть отклонены и не оплачены. Оба подписавших лица также подтверждают, что часы, отработанные до успешного прохождения проверки анкетных данных, не будут утверждены. | | | | | |
| **ПОДПИСЬ** — работник, нанятый участником | | | | Дата подписания | |
|  | | | |  | |
| **ПОДПИСЬ** — участник-работодатель | | | | Дата подписания | |
|  | | | |  | |