

Запрос на апелляцию касательно проверки биографических данных — IRIS

Инструкции. Участники IRIS могут подать апелляцию касательно проверки биографических данных от имени заявителя/работника, имеющего уголовную судимость, которая определяет, что заявитель/работник не может получить компенсацию за услуги IRIS от Medicaid в качестве нанятого участником работника. Участник должен заполнить все обязательные разделы этой формы, чтобы подать апелляцию через Департамент здравоохранения.

Заполненную и подписанную форму необходимо отправить в течение 60 дней с даты, указанной на письме-уведомлении IRIS с результатами проверки биографических данных участника по адресу:

Wisconsin Department of Health Services
IRIS Background Check Appeals
201 E. Washington Ave., Room B300
Madison, WI 53703

Заполнение и отправка данной формы является добровольным. Персональные данные в этой форме собираются для проверки полноты запроса и будут использоваться для этой цели. Представители программы IRIS сохраняют конфиденциальность личности.

Если обязательные разделы данной формы не будут заполнены или если ее не отправят по указанному выше адресу в течение 60 дней после даты, указанной в письме-уведомлении IRIS с результатами проверки биографических данных участника, запрос на апелляцию будет отклонен.

Раздел 1. Информация об участнике (обязательно)

1. Полное имя участника (фамилия, имя, средний инициал): _____
2. Номер MCI участника: _____

Раздел 2. Информация о заявителе/работнике (обязательно)

1. Полное имя заявителя/работника (фамилия, имя, средний инициал): _____
2. Дата рождения заявителя/работника: _____

Раздел 3. Должностные обязанности (обязательно)

Рассмотрение апелляции включает в себя оценку того, имеет ли судимость заявителя/работника существенную связь с услугами IRIS, которые будет предоставлять нанятый участником работник. Перечислите тип и объем услуг, которые заявитель/работник мог бы вам предоставить, если бы было установлено, что он имеет право на компенсацию расходов на услуги IRIS по программе Medicaid.

Раздел 4. Краткое описание судимостей (обязательно)

Перечислите обжалуемые судимости, указав конкретное название судимости, статьи закона по каждой судимости, а также дату вынесения приговора.

Раздел 5. Краткое описание реабилитации (обязательно)

Подробно опишите вашу оценку того, каким образом этот заявитель/работник был реабилитирован для получения квалификации, позволяющей предоставлять вам услуги IRIS, компенсируемые Medicaid. Примеры реабилитации могут включать, помимо прочего, общественно-полезную деятельность, волонтерскую работу, признание со стороны других государственных или частных органов за достижения или усилия, попытки возмещения ущерба и/или успешное участие или завершение рекомендованных программ реабилитации, лечения или иных программ.

Раздел 6. Краткое описание рабочей среды (обязательно)

Подробно опишите вашу оценку собственной безопасности в отношении обжалуемых судимостей, включая тип/объем надзора, который будет обеспечен заявителю/работнику, если будет установлено, что он имеет право предоставлять вам услуги IRIS, компенсируемые Medicaid.

Раздел 7. Предоставление личных рекомендаций и заявлений (необязательно)

При подаче апелляции можно предоставить личные рекомендации и заявления от лиц и организаций, знакомых с заявителем/работником (терапевты, консультанты, другие специалисты, работодатели и т. д.). Предоставление личных рекомендаций и заявлений в интересах заявителя/работника не является обязательным.

Раздел 8. Подпись (обязательно)

Моя подпись подтверждает, что предоставленная мной информация является достоверной и точной и была предоставлена мной по моей собственной воле. Я подтверждаю, что понимаю, что я не обязан (-а) участвовать в процессе апелляции, если я предпочту нанять другого работника или агентство для предоставления мне услуг IRIS.

Подпись участника IRIS: _____ **Дата подписания:** _____

Подпись юридического лица, принимающего решение: _____ **Дата подписания:** _____