

Solicitud de apelación de verificación de antecedentes – IRIS

Instrucciones: Los participantes del programa IRIS pueden solicitar una apelación de la verificación de antecedentes en nombre de un solicitante o trabajador con condenas penales que le impidan recibir reembolsos de Medicaid por la prestación de servicios del programa IRIS en calidad de trabajador contratado por el participante. El participante debe completar todas las secciones obligatorias de este formulario para solicitar una apelación a través del Department of Health Services.

El formulario completo y firmado debe enviarse en el transcurso de 60 días a partir de la fecha indicada en la carta de notificación de resultados de antecedentes del participante del programa IRIS a:

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

Es voluntario completar y enviar este formulario. La información de identificación personal en este formulario se recopila con el fin de verificar que la solicitud esté completa y se usará con dicho propósito.

Los representantes del programa IRIS mantendrán la confidencialidad de las identidades.

Si las secciones obligatorias de este formulario no están completas o si el formulario no se envía a la dirección proporcionada anteriormente en un plazo de 60 días posteriores a la fecha indicada en la carta de notificación de los resultados de la verificación de antecedentes del programa IRIS del participante, se rechazará la solicitud de apelación.

Sección I: Información del participante (obligatorio)

1. Nombre del participante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
2. Número de MCI del participante: _____

Sección II: Información del solicitante/trabajador (obligatorio)

1. Nombre del solicitante/trabajador (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
2. Fecha de nacimiento del solicitante/trabajador: _____

Sección III: Responsabilidades laborales (obligatorio)

La revisión de la apelación incluye la evaluación de si la(s) condena(s) del solicitante o trabajador están sustancialmente relacionadas con los servicios del programa IRIS que proporcionaría como trabajador contratado por el participante. Indique el tipo y la cantidad de servicios que el solicitante o trabajador le proporcionaría si se determina que reúne los requisitos para recibir un reembolso por los servicios del programa IRIS a través de Medicaid.

Sección IV: Resumen de condenas (obligatorio)

Indique las condenas que se están apelando, incluido el nombre específico de cada condena, el número del estatuto correspondiente a la condena y la fecha de cada condena.

Sección V: Resumen de rehabilitación (obligatorio)

Describa en detalle su evaluación sobre cómo este solicitante o trabajador ha logrado rehabilitarse con el fin de reunir los requisitos para prestarle servicios del programa IRIS que se reembolsen mediante Medicaid. Algunos ejemplos de rehabilitación pueden incluir, entre otros, servicio público o comunitario, trabajo voluntario, reconocimiento de otras autoridades públicas o privadas por logros o iniciativas, intentos de restitución, o participación satisfactoria o finalización de los programas de rehabilitación, tratamiento u otros programas recomendados.

Sección VI: Resumen del entorno laboral (obligatorio)

Describa en detalle su evaluación respecto a su seguridad en relación con la(s) condena(s) apelada(s), incluido el tipo y nivel de supervisión que se le proporcionaría al solicitante o trabajador si se determina que reúne los requisitos para prestarle servicios del programa IRIS reembolsados por Medicaid.

Sección VII: Envío de referencias y declaraciones (opcional)

Pueden incluirse declaraciones y referencias personales de personas y agencias que conozcan al solicitante o trabajador (es decir, terapeutas, consejeros, otros profesionales, empleadores, etc.) junto con la presentación de la solicitud de apelación. El envío de declaraciones y referencias personales en nombre del solicitante o trabajador es opcional.

Sección VIII: Firma (obligatorio)

Mi firma indica que la información que he proporcionado es verdadera y precisa, y que la he plasmado por mi propia voluntad. Reconozco que entiendo que no tengo la obligación de participar en el proceso de apelación si prefiero contratar los servicios de otro trabajador (contratado por el participante) o agencia para recibir los servicios del programa IRIS.

Firma — Participante del programa IRIS: _____ Fecha de la firma: _____

Firma — Representante legal: _____ Fecha de la firma: _____