WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-02577S (06/2023)

IKND

PRUEBA DE HORAS EN ESPECIE

PROOF OF IN-KIND HOURS

INSTRUCCIONES: Las personas que obtienen bienes, servicios o alimentos a cambio de trabajo deben proporcionar prueba de las horas que trabajan. Obtener bienes, servicios o alimentos a cambio de trabajo se llama ingreso en especie. **Por favor, pida a la persona que le proporciona ingresos en especie que complete y firme este formulario. Este formulario no es obligatorio, pero la información incluida debe incluirse con cualquier forma de prueba que envíe.**

Cómo presentar este formulario
Envíe su formulario completo de una de las siguientes maneras:

Aplicación móvil

Tome una foto de todas las páginas del formulario y envíelas usando la aplicación móvil MyACCESS.

En línea

Escanee todas las páginas del formulario al sitio web de ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta de ACCESS, a la que puede acceder en access.wi.gov.

Fax

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si no vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.

Correo

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario a:
  MDPU
  6055 N. 64th St.
  Milwaukee, WI 53218
- Si no vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario a:
  CDPU
  PO Box 5234
  Janesville, WI 53547

En persona

Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia está en el sitio web del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.

SECCIÓN 1 — Información sobre los ingresos en especie (complete si proporciona bienes, servicios o alimentos a alguien que le presta un servicio a usted)

Nombre - Participante que recibe los ingresos en especie (Persona que recibe bienes, servicios o alimentos a cambio de trabajo o de la prestación de un servicio)	Número de caso

Fecha de inicio del servicio (¿Cuándo comenzó a proporcionar bienes, servicios o alimentos al participante a cambio de su trabajo?)

¿Qué tipo de servicio o trabajo se realiza a cambio de bienes, servicios o alimentos?

¿Cuántas horas **al mes** se proporcionan a cambio de los bienes, servicios o alimentos? (**No puede entrar menos de 1 hora**.)

¿Qué bienes, servicios o alimentos proporciona a cambio de trabajo?

IKND

Nombre - Persona que proporciona bienes, servicios o comida a cambio de trabajo o servicios

Dirección postal		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 2 Firma y fecha (firme si proporciona bienes, servicios o alimentos a alguien que le presta un servicio a usted)

Al firmar este formulario, acepto que la información proporcionada es correcta y completa a mi leal saber y entender.

FIRMA – Persona a la que se le presta el servicio en especie	Fecha de la firma

Print name

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs
Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	**ພາສາລາວ (Laotian)** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711).	**Français (French)** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	**हिंदी (Hindi)** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	**Shqip (Albanian)** KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	**Tagalog (Tagalog – Filipino)** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	**Soomaali (Somali)** FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).