|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02764AR (10/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Page 1 of 2 |
|  **(INCLUDE, RESPECT, I SELF-DIRECT)IRIS (الشمولية، الاحترام، التوجيه الذاتي) FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA) (وكيل صاحب العمل المالي) — طلب نقل أو سحب****(IRIS (INCLUDE, RESPECT, I SELF-DIRECT) FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA) — TRANSFER REQUEST OR WITHDRAWAL)** |
| **التعليمات: يُعد استكمال هذا النموذج أمرًا تطوعيًا؛ إلا أنه لا يمكن معالجة الطلب بدون النموذج المستكمل والموقع.** يوثق هذا النموذج طلب نقلك إلى وكيل صاحب عمل مالي جديد خاص بـ IRIS أو سحب طلب نقل تم تقديمه. يجب على المشترك في IRIS تقديم هذا النموذج المكتمل إلى ADRC المحلي أو ADRS القبلي الخاص به في او قبل الموعد النهائي لطلب نقل FEA. سيقوم ADRC أو ADRS القبلي بتقديم الطلب إلى IRIS Consultant Agency (وكالة IRIS الاستشارية)ICA) ) في غضون ثلاثة (3) ايام عمل من إكمال النموذج. ويجب على استشاري IRIS تحميل النموذج على WISTIS في غضون ثلاثة (3) أيام عمل من استلام النموذج. |
| بالرغم من أنه يمكن لمشتركي IRIS طلب النقل في أي وقت، إلا أن تحويلات FEA يجب أن تلتزم بـ [تقويم نقل FEA](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02239.pdf) ولا يُسمح بها في دورات النقل المتتالية. لا يجوز تقديم طلب النقل إلى FEA جديد أو سحب طلب نقل إلى FEA جديد إلى ADRC أو ADRS القبلي بعد الموعد النهائي لطلب نقل FEA. بمجرد مرور الموعد النهائي لطلب نقل FEA، لا يمكن تقديم أو سحب الطلبات. |
| الاسم — المشارك (الأول، الأخير) | MCI الخاصة بالمشارك |
|       |       |
| حدد وكيل صاحب العمل المالي الحالي الخاص بك: اختر بندًا. |
| **طلب نقل FEA** |
| [ ]  أرغب في الانتقال إلى FEA جديد.حدد وكيل صاحب العمل المالي الذي ترغب في الانتقال إليه: اختر بندًا. |
| **اختياري**: إذا كنت ترغب، فيُرجى مشاركة سبب تغيير FEA الخاص بك. ستتم مشاركة تعليقك مع FEA، إلا أن هويتك ستظل خاصة. |
|       |
| أفهم أن FEA الذي اخترته أعلاه سيصبح الـ FEA المسؤول عن تسهيل المدفوعات لموفري الخدمات المعتمدين، وأفهم وأوافق على وجوب مشاركة FEA الجديد و FEA الحالي للمعلومات اللازمة لمعالجة هذا التغيير. أفهم أيضًا أنه يجب تقديم طلب النقل، أو سحب النقل المطلوب سابقًا، في أو قبل الموعد النهائي لطلب نقل FEA، وأنه بمجرد مرور هذا الموعد النهائي، لن يكون من الممكن إجراء أي تغييرات أخرى في دورة النقل الحالية.  |
| **التوقيع** — المشارك | تاريخ التوقيع |
|  |  |
| **التوقيع** – ولي الأمر، أو الوصي أو Activated Power of Attorney (حامل الوكالة السارية) | تاريخ التوقيع |
|  |  |
| **يجب استكمال المعلومات بمعرفة:** |
| ADRC أو اسم القبيلة | المقاطعة |
|       |       |
| عنوان بريد ADRC أو القبيلة | المدينة | الرمز البريدي |
|       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم — عامل ADRC أو ADRS القبلي الذي أكمل النموذج | الهاتف  |
|       |       |
| البريد الإلكتروني |
|       |
| توزيع النموذج المستكمل: |  [ ] الشخص أو ولي الأمر القانوني أو الوصي أو Activated Power of Attorney (حامل الوكالة السارية) |
| ICA [ ]  |
| **سحب طلب نقل FEA**[ ]  أرغب في سحب طلب نقل FEA هذا. سأظل مع FEA الحالي الخاص بي، أو سأقدم طلب نقل جديد في أو قبل الموعد النهائي للنقل.  |
| أفهم أيضًا أنه يجب تقديم طلب سحب النقل المطلوب سابقًا في أو قبل الموعد النهائي لطلب نقل FEA، وأنه بمجرد مرور هذا الموعد النهائي، لن يكون من الممكن إجراء أي تغييرات أخرى في دورة النقل الحالية. |
| **التوقيع** — المشارك | تاريخ التوقيع |
|  |  |
| **التوقيع** – ولي الأمر، أو الوصي أو Activated Power of Attorney (حامل الوكالة السارية) | تاريخ التوقيع |
|  |  |
| **يجب استكمال المعلومات بمعرفة:** |
| ADRC أو اسم القبيلة | المقاطعة |
|       |       |
| عنوان بريد ADRC أو القبيلة | المدينة | الرمز البريدي |
|       |       |       |
| الاسم — عامل ADRC أو ADRS القبلي الذي أكمل النموذج | الهاتف  |
|       |       |
| البريد الإلكتروني |
|       |
| توزيع النموذج المستكمل: |  [ ] الشخص أو ولي الأمر القانوني أو الوصي أو Activated Power of Attorney (حامل الوكالة السارية) |
| ICA [ ]  |
| يجب أن يحتفظ ADRC أو ADRS القبلي بنموذج الطلب الاصلي الموقع، أو نسخة ممسوحة إلكترونيًا من لانموذج الموقع، في الملف لمدة عشر سنوات في حال طلب السجلات. |