|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02764CM (10/2024) | | | | | **STATE OF WISCONSIN**  Page 1 of 2 | | | |
| **IRIS (include, respect, I self-Direct)（**包容**、**尊重**、**自主**） FISCAL EMPLOYER AGENT（**财务雇主代理**）（FEA） —** 转换申请或撤回  **(IRIS (INCLUDE, RESPECT, I SELF-DIRECT) FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA) —  TRANSFER REQUEST OR WITHDRAWAL)** | | | | | | | | |
| 说明：填写该表属于自愿行为；但若未能填写并签署该表，则申请将不予受理**。**该表用于记录您申请转换至新 IRIS 财务雇主代理或撤回已提交的转换申请。IRIS 参与者填写该表后，向当地 ADRC 或部落 ADRS 提交该表的时间不得迟于相关 FEA 转换申请截止日期。ADRC 或部落 ADRS 将在填写该表后三（3）个工作日内向 IRIS Consultant Agency（IRIS 顾问机构）（ICA）提交申请。IRIS 顾问应在收到该表后三（3）个工作日内将该表上传至WISITS。 | | | | | | | | |
| 尽管 IRIS 参与者可随时申请转换，但转换 FEA 必须遵循 [FEA 转换日程表](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02239.pdf) ，且禁止在连续的转换周期内进行。 FEA 转换申请截止日期过后，不得向 ADRC 或部落 ADRS 提交转换至新 FEA 的申请或撤回转换至新 FEA 的申请。一旦过了 FEA 转换申请截止日期，便无法提交或撤回申请。 | | | | | | | | |
| 姓名 - 参与者（姓、名） | | | | | 参与者的 MCI | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 请确认您当前的财务雇主代理： 选择一项。 | | | | | | | | |
| **FEA** 转换申请 | | | | | | | | |
| 本人希望转换至新 FEA。  请选择您希望转换至的财务雇主代理：选择一项。 | | | | | | | | |
| 可选项：如果您愿意，请分享您更换 FEA 的原因。您的评论将与 FEA 共享，但您的身份将保持匿名。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 本人清楚，本人已指定上述 FEA 负责促进向所有获批服务提供商付款，并且本人清楚并同意该新 FEA 和本人当前的 FEA 共享信息，以完成这一变更 。本人还清楚，提出转换申请或撤回先前已提出的转换申请的时间不得迟于 FEA 转换申请截止日期，一旦过了该截止日期，当前转换周期内便无法再进行任何更改。 | | | | | | | | |
| 签名 – 参与者 | | | | | | | 签名日期 | |
|  | | | | | | |  | |
| 签名 – 法定监护人、保Activated Power of Attorney （授权委托人） | | | | | | | 签名日期 | |
|  | | | | | | |  | |
| 资料录入： | | | | | | | | |
| ADRC 或部落名称 | | | | | | | 县 | |
|  | | | | | | |  | |
| ADRC 或部落邮寄地址 | | | 市 | | | | 邮政编码 | |
|  | | |  | | | |  | |
| 姓名 – 填写表格的 ADRC 或部落 ADRS 工作人员 | | | | | | | 电话 | |
|  | | | | | | |  | |
| 电子邮箱地址 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 分发已填表格： | | 个人、监护人、保护人或 Activated Power of Attorney （授权委托人） | | | | | | |
| ICA | | | | | | |
| 撤回 **FEA** 转换申请  本人希望撤回该 FEA 转换申请。本人将继续使用当前的 FEA，或将在不迟于转换截止日期的时间内提交新的转换申请。 | | | | | | | | |
| 本人清楚，撤回先前转换申请的时间不得迟于 FEA 转换申请截止日期，一旦过了该截止日期，当前转换周期内便无法再进行任何更改。 | | | | | | | | |
| 签名 – 参与者 | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | |  | | |
| 签名 – 法定监护人、保护人或Activated Power of Attorney （授权委托人） | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | |  | | |
| 资料录入： | | | | | | | | |
| ADRC 或部落名称 | | | | | | 县 | | |
|  | | | | | |  | | |
| ADRC 或部落邮寄地址 | | | | 市 | | | | 邮政编码 |
|  | | | |  | | | |  |
| 姓名 – 填写表格的 ADRC 或部落 ADRS 工作人员 | | | | | | 电话 | | |
|  | | | | | |  | | |
| 电子邮箱地址 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 分发已填表格： | 个人、监护人、保护人或 Activated Power of Attorney （授权委托人） | | | | | | | |
| ICA | | | | | | | |
| 倘若有记录请求，ADRC 或部落 ADRS 必须将已签署的申请表原件或电子扫描件保存备案十年。 | | | | | | | | |