|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02764S (02/2024) | | **STATE OF WISCONSIN**  Page 1 of 2 | | | |
| **SOLICITUD DE CAMBIO DE FISCAL EMPLOYER AGENT (AGENTE EMPLEADOR FISCAL, FEA) DEL PARTICIPANTE**  **(PARTICIPANT FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA) — TRANSFER REQUEST)** | | | | | |
| **INSTRUCCIONES: completar este formulario es voluntario; sin embargo, no se puede procesar ninguna solicitud sin el formulario completo y firmado.** Este formulario documenta su solicitud e inicia el proceso de cambio a un nuevo fiscal employer agent (Agente Empleador Fiscal) de IRIS. Una vez que la solicitud haya sido completada, el ADRC o ADRS tribal la enviará a la IRIS Consultant Agency (Agencia Consultora de IRIS). La consultora ingresará el formulario a WISITS dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción del formulario. | | | | | |
| Si bien los participantes de IRIS pueden solicitar un cambio en cualquier momento, los cambios de FEA deben cumplir con el [calendario de cambios de FEA](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02239.pdf) y no se permiten en ciclos consecutivos. Una vez que el formulario de solicitud de cambio se envía al ADRC o al ADRS Tribal, no se puede cambiar ni revocar. | | | | | |
| Nombre del participante (apellido, nombre) | | MCI del participante | | | |
|  | |  | | | |
| Seleccione su fiscal employer agent (Agente Empleador Fiscal) actual: Choose an item. | | | | | |
| Seleccione el fiscal employer agent (Agente Empleador Fiscal) al que le gustaría cambiarse: Choose an item. | | | | | |
| **Opcional**: si lo desea, comparta la razón por la que está cambiando su FEA. Su comentario se compartirá con el FEA, pero su identidad permanecerá privada. | | | | | |
|  | | | | | |
| Entiendo que el FEA que he seleccionado anteriormente se convertirá en el FEA responsable de facilitar los pagos a los proveedores de servicios aprobados, y entiendo y acepto que el nuevo FEA y mi FEA actual deben compartir la información necesaria para procesar este cambio. **Entiendo que una vez que firme y envíe este formulario al ADRC o al ADRS Tribal, esta solicitud de cambio de FEA no se puede cambiar ni revocar, pero puedo solicitar un cambio a otro FEA en el futuro.** | | | | | |
| **FIRMA** — Participante | | | | **Fecha de la firma** | |
|  | | | |  | |
| **Firma** – tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | **Fecha de la firma** | |
|  | | | |  | |
| **INFORMACIÓN COMPLETADA POR:** | | | | | |
| Nombre del ADRC o de la tribu | | | | Condado | |
|  | | | |  | |
| Dirección postal del ADRC o de la tribal | | | Ciudad | | Código postal |
|  | | |  | |  |
| Nombre del trabajador del ADRC o del ADRS Tribal que completa el formulario | | | | Teléfono | |
|  | | | |  | |
| Correo electrónico | | | | | |
|  | | | | | |
| Distribución del formulario completo: | Persona, tutor, custodio o Activated Power of Attorney (persona con poder notarial vigente) | | | | |
| ICA | | | | |
| El ADRC o ADRS Tribal debe conservar el formulario original firmado de la solicitud o una copia electrónica escaneada del formulario firmado durante un período de diez años en la eventualidad de que se soliciten registros. | | | | | |