|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-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. |