|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02764SE (10/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Page 1 of 2 |
| **FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA, FISKALNI POSREDNIK) U PROGRAMU IRIS (INCLUDE, RESPECT, I SELF-DIRECT) (UKLJUČITE, POŠTUJTE, SAMI UPRAVLJAJTE) — ZAHTEV ZA PRELAZAK ILI POVLAČENJE ZAHTEVA****(IRIS (INCLUDE, RESPECT, I SELF-DIRECT) FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA) — TRANSFER REQUEST OR WITHDRAWAL)** |
| **UPUTSTVA: Popunjavanje ovog obrasca je dobrovoljno; međutim, ukoliko obrazac nije popunjen i potpisan, nijedan zahtev ne može biti obrađen.** Ovim obrascem se dokumentuje vaš zahtev da pređete kod novog IRIS fiscal employer agent fiskalnog posrednika ili da povučete podneti zahtev za prelazak. Učesnik u programu IRIS treba da podnese ovaj popunjeni obrazac svom lokalnom centru ADRC ili stručnjaku Tribal ADRS pre navedenog roka za zahtev za prelazak kod FEA fiskalnog posrednika. ADRC ili Tribal ADRS će podneti zahtev agenciji IRIS Consultant Agency (ICA, IRIS konsultantska agencija) u roku od tri (3) radna dana nakon popunjavanje obrasca. IRIS consultant (IRIS konsultant) će otpremiti obrazac na WISITS u roku od tri (3) radna dana nakon prijema obrasca. |
| I dok učesnici u programu mogu da u svakom trenutku podnesu zahtev za prelazak, prelasci kod FEA fiskalnog posrednika moraju biti u skladu sa kalendarom [FEA Transfer Calendar (kalendar za prelazak kod FEA posrednika)](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02239.pdf) i oni nisu mogući u uzastopnim ciklusima. Zahtev za prelazak ili povlačenje zahteva za prelazak kod novog FEA fiskalnog posrednika ne mogu se poslati centru ADRC ili stručnjaku Tribal ADRS nakon roka za zahtev za prelazak kod FEA fiskalnog posrednika. Nakon isteka roka za zahtev za prelazak kod FEA fiskalnog posrednika, zahtevi se ne mogu poslati ni povući. |
| Ime — učesnik/ca (prezime, ime) | MCI učesnika/ce |
|       |       |
| Navedite svog tekućeg fiscal employer agent fiskalnog posrednika: Izaberite stavku. |
| **Zahtev za prelazak kod FEA fiskalnog posrednika** |
| [ ]  Želeo/la bih da pređem kod novog FEA fiskalnog posrednika.Izaberite fiscal employer agent fiskalnog posrednika kod kog biste želeli da pređete: Izaberite stavku. |
| **Neobavezno**: Ako želite, navedite razlog zbog kod menjate FEA fiskalnog posrednika. Vaš komentar će biti podeljen sa FEA fiskalnim posrednikom, ali vaš identitet neće biti otkriven. |
|       |
| Razumem da će FEA fiskalni posrednik kog sam izabrao/la postati FEA fiskalni posrednik koji će biti zadužen da olakšava plaćanja odobrenim pružaocima usluga i razumem i saglasan/na sam da novi i moj tekući FEA fiskalni posrednik moraju deliti informacije koje su neophodne za obradu ove promene. Takođe razumem da zahtev za prelazak ili za povlačenje prethodno zatraženog prelaska mora biti podnet pre roka za zahtev za prelazak kod FEA fiskalnog posrednika i da nakon što taj rok istekne, nije moguće izvršiti nikakve promene u tekućem ciklusu prelaska.  |
| **POTPIS** — učesnik/ca | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | Datum potpisa |
|  |  |
| **INFORMACIJE JE UNEO/LA:** |
| Naziv centra ADRC ili ime stručnjaka Tribe  | Okrug |
|       |       |
| Poštanska adresa centra ADRC ili stručnjaka Tribal | Grad | Poštanski broj |
|       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime — radnik centra ADRC ili stručnjak Tribal ADRS koji popunjava obrazac | Telefon  |
|       |       |
| Adresa e-pošte |
|       |
| Slanje popunjenog obrasca: | [ ]  Pojedinac, zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje |
| [ ]  ICA |
| **Povucite zahtev za prelazak kod FEA fiskalnog posrednika**[ ]  Želeo/la bih da povučem ovaj zahtev za prelazak kod FEA fiskalnog posrednika. Ostaću kod svog tekućeg FEA fiskalnog posrednika ili ću podneti novi zahtev za prelazak pre roka za prelazak.  |
| Razumem da zahtev za povlačenje prethodno zatraženog prelaska mora biti podnet pre roka za zahtev za prelazak kod FEA fiskalnog posrednika i da nakon što taj rok istekne, nije moguće izvršiti nikakve promene u tekućem ciklusu prelaska. |
| **POTPIS** — učesnik/ca | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | Datum potpisa |
|  |  |
| **INFORMACIJE JE UNEO/LA:** |
| Naziv centra ADRC ili ime stručnjaka Tribe  | Okrug |
|       |       |
| Poštanska adresa centra ADRC ili stručnjaka Tribal | Grad | Poštanski broj |
|       |       |       |
| Ime i prezime — radnik centra ADRC ili stručnjak Tribal ADRS koji popunjava obrazac | Telefon  |
|       |       |
| Adresa e-pošte |
|       |
| Slanje popunjenog obrasca: | [ ]  Pojedinac, zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje |
| [ ]  ICA |
| Centar ADRC ili stručnjak Tribal ADRS moraju originalni, potpisani obrazac zahteva ili elektronski skenirani primerak potpisanog obrasca čuvati u evidenciji deset godina u slučaju da im on bude zatražen na uvid. |