|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01201AS (03/2023) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA RELACIÓN DE UN TRABAJADOR  CONTRATADO POR UN PARTICIPANTE DE IRIS**  **(IRIS PARTICIPANT-HIRED WORKER RELATIONSHIP IDENTIFICATION)** | |
| **INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**  **Los fiscal employer agents (agentes fiscales del empleador, FEA) usan este formulario para identificar lo siguiente: exenciones de determinados impuestos estatales y federales de los empleadores o empleados (sección B), exenciones de los requisitos de la Electronic Visit Verification (verificación electrónica de visita, EVV) (sección C) y exenciones de las reglas de horas extra de los cuidadores residentes según la Fair Labor Standards Act (Ley de Normas Justas de Trabajo) (sección C).**   |  |  | | --- | --- | | **INSTRUCCIONES:** | Completar este formulario es un requisito del programa IRIS. Tanto el trabajador contratado por el participante como el participante deben firmar y fechar la parte inferior de este formulario para que se considere completo. El trabajador contratado por el participante no puede comenzar a acumular horas de trabajo pagadas antes de la notificación por escrito en una carta oficial del DHS sobre la fecha de inicio del IRIS. Este formulario se debe completar cada vez que se agrega un trabajador residente al plan de participantes o que el trabajador residente o el participante cambian de dirección.  El participante o responsable de las decisiones legales debe proporcionar la declaración verbal de esta información en el momento de la renovación de plan del participante para continuar con el estado de residente. |   **Exención del pago de horas extra de los trabajadores residentes:** La Fair Labor Standards Act (Ley de Normas Justas de Trabajo, FLSA) federal del Department of Labor (Departamento de Trabajo) obliga a los empleadores domésticos a pagar las horas extra por cualquier hora trabajada que supere las 40 horas en una semana laboral. Las exenciones a las reglas de horas extra se aplican a los cuidadores residentes que cumplen con los siguientes requisitos:   * Residen permanentemente en la misma residencia que su empleador. * Residen en la misma residencia que su empleador durante períodos largos de tiempo, que se consideran al menos cinco días y noches consecutivas por semana o 120 horas o más por semana.   Si se cumple alguno de los requisitos anteriores, seleccione “Sí” en la sección C, Exención del pago de horas extra de los trabajadores residentes, en la página 2. En caso contrario, seleccione “No”.  Para obtener más información sobre la exención de cuidadores residentes de la FLSA, consulte la hoja informativa 79B del Department of Labor (Departamento de Trabajo): Trabajadores de servicios domésticos residentes según la FLSA disponible en <https://www.dol.gov/whd/homecare/factsheets.htm> o comuníquese con línea de ayuda de la Wage and Hour Division (División de Salarios y Horas Laborales) del Department of Labor (Departamento de Trabajo) al 1- 866-487-9243.  **Exención de los requisitos de la EVV:** Los trabajadores residentes contratados por participantes no están obligados a utilizar la EVV. Las exenciones a los efectos de la EVV se aplican a los trabajadores en las siguientes situaciones:   * El trabajador reside de manera permanente en la misma residencia que el participante que recibe los servicios. * El trabajador reside de manera permanente en una propiedad con dos unidades (como un dúplex), donde el participante que recibe los servicios vive en la otra unidad de la propiedad Y es un familiar del participante que recibe los servicios.  Un familiar se define como una persona emparentada, en cualquier grado, por consanguinidad, adopción o matrimonio. * El participante reside, en intervalos regularmente programados, en residencias separadas de ambos padres o del tutor. Ambos padres o el tutor se consideran trabajadores puertas adentro a los efectos del cumplimiento de la EVV.   Si se cumple alguno de los requisitos anteriores, seleccione “Sí” en la sección C, Exención de los requisitos de la EVV de los trabajadores residentes en la página 2. En caso contrario, seleccione “No”. | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA RELACIÓN DE UN TRABAJADOR  CONTRATADO POR UN PARTICIPANTE DE IRIS**  **(IRIS PARTICIPANT-HIRED WORKER RELATIONSHIP IDENTIFICATION)** | | | | | | |
| **SECCIÓN A. PARTES** | | | | | | |
| Nombre: trabajador contratado por el participante (apellido, nombre) | | | Nombre del participante (apellido, nombre) | | | |
| Número de Medicaid Identification (identificación de Medicaid) del participante (MCI): | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **SECCIÓN B: RELACIÓN** | | | | | | |
| **Trabajador contratado por el participante**: Marque la casilla que mejor identifique su relación legal con el participante.  Por ejemplo, si el participante es su abuela, usted es el nieto del participante. **Marque solo una**.  Mi relación con el participante: | | | | | | |
| **PARIENTE (BIOLÓGICO)** | **PARIENTE (POR MATRIMONIO/PAREJA)** | | | **RELACIONES DE NO PARIENTES** | | |
| Padre/Madre\* ± | Cónyuge\* ± | | | Amigo(a) | | |
| Hijo(a) adulto (mayor de 21)\* | Pareja de hecho\* Ŧ | | | Vecino(a) | | |
| Hijo(a) (menor de 21)\* ± | Padrastro/Madrastra\* | | | Ex cónyuge (divorcio finalizado) | | |
| Hijo(a) adoptado(a)\* | Hijastro(a)\* | | | Trabajador(a) | | |
| Abuelo(a)\* | Nietastro(a) | | |  | | |
| Nieto(a)\* | Hermanastro(a) | | | Notas: | | |
| Hermano(a) | Suegro(a) | | |
| Tío(a) | Yerno/Nuera | | |
| Sobrino(a) | Cuñado(a) | | |
| Primo(a) |  | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* Debido a su relación con el participante y la legislación vigente, está exento de los impuestos sobre la nómina para el seguro de desempleo (SUTA). Si su trabajo con el participante finaliza, no recibirá beneficios de desempleo. No se puede renunciar a ninguna exención aplicable. | ± Debido a su relación con el participante y la legislación vigente, está exento de los impuestos sobre la nómina para el Social Security (Seguro Social) y Medicare (FICA).  Si no paga el Social Security (Seguro Social)  y Medicare (FICA), significa que no está ganando créditos de trabajo del Social Security (Seguro Social). No se puede renunciar a ninguna exención aplicable. | Ŧ Según los Estatutos de Wisconsin 770.05, la pareja de hecho significa que usted y su pareja del mismo sexo han presentado una solicitud de Domestic Partnership (pareja de hecho) y han certificado una copia de su Declaration of Domestic Partnership (Declaración de Pareja de Hecho). |   **SECCIÓN C: SITUACIÓN DE VIVIENDA** (consulte las instrucciones en la página 1) | | | | | | |
| **Exención del pago de las horas extra de los trabajadores residentes**  **Sí**, el empleado es un trabajador residente a los efectos de esta exención. Todas las horas que superen las 40 horas en una semana laboral se pagarán a la tasa regular por hora.  **No**, el empleado no es un trabajador residente a los efectos de esta exención.  **Exención de los requisitos de la EVV de los trabajadores residentes**  **Sí**, el empleado es un trabajador residente que califica para la exención de la EVV. (Continúe a la sección D: **Electronic Visit Verification (Verificación Electrónica de Visita, EVV) de identificación del trabajador residente**)  **No**, el empleado no califica para la exención de la EVV. (Omitir la sección D) | | | | | | |
| Dirección de residencia compartida | | | | | | |
| Calle | | Ciudad | | | Estado | Código postal |
|  | |  | | | WI |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECCIÓN D: ELECTRONIC VISIT VERIFICATION (VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE VISITA, EVV) IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR RESIDENTE** | | |
| Se determina que el trabajador reside de manera permanente en el mismo domicilio que el cliente cuando haya presentado documentación que muestre el nombre del trabajador y la dirección de la residencia actual. La dirección debe cumplir los requisitos para un trabajador puertas adentro mencionados anteriormente. El trabajador puede utilizar un documento de la Columna A o dos tipos de documentos de la Columna B. Marque las casillas de los documentos que se envían como comprobante de residencia. | | |
| Columna A (Seleccione **uno**)  Licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal vigente y válida emitida por el estado de Wisconsin  Otra tarjeta de identificación o licencia oficial vigente emitida por un organismo o unidad del gobierno de Wisconsin  Factura o recibo de impuestos inmobiliarios del año en curso  Contrato de alquiler de vivienda del año en curso  Cheque u otro documento emitido por una unidad del gobierno dentro de los últimos tres meses | Columna B (Seleccione **dos**)  Estado de cuenta actual o de los últimos tres meses  del servicio de gas, electricidad o teléfono.  Estado de cuenta bancario actual o del último mes  Cheque de pago o talón de pago del mes actual o del último mes | |
| **SECCIÓN E: ATESTACIONES** | | |
| **Trabajador contratado por el participante:** Si ha marcado “Sí” en cualquier categoría de la sección C anterior, notificaré al Fiscal Employer Agent (agente fiscal del empleador, FEA) del participante, en un plazo de **siete (7) días** de un cambio en mi situación de vivienda.  **Participante empleador (marque si corresponde):**  He examinado la documentación anteriormente mencionada y certifico que la dirección del trabajador en la documentación provista coincide con la del participante en este formulario.  Certifico que la dirección provista no coincide con la del participante en este formulario, pero el trabajador cumple con todos los criterios mencionados anteriormente y requeridos para un familiar residente.  **Al firmar a continuación, usted acepta que la información en este formulario es exacta y que tiene toda la documentación de respaldo en su poder.** | | |
| **FIRMA**: Trabajador contratado por el participante | | Fecha de la firma |
|  | |  |
| **FIRMA**: Empleador del participante | | Fecha de la firma |
|  | |  |