|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01201CS (02/2017) | | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | |
| **ACUERDO ENTRE**  **EL PARTICIPANTE EMPLEADOR DE IRIS Y EL TRABAJADOR CONTRATADO POR EL PARTICIPANTE**  **IRIS PARTICIPANT EMPLOYER / PARTICIPANT-HIRED WORKER AGREEMENT** | | | | | | | | |
| **INSTRUCCIONES:** | La cumplimentación de este formulario no es necesaria a través del Estatuto del Estado de Wisconsin; sin embargo, la cumplimentación de este formulario es un requisito del Programa IRIS. Tanto el trabajador contratado por el participante como el participante empleador 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 trabajar para el participante empleador hasta que haya recibido una carta de fecha de inicio por correo.  La información de identificación personal en este formulario se recopila para verificar que la solicitud está completa, y se utilizará sólo para este propósito.  Los formularios completos deben enviarse al agente empleador fiscal del participante. | | | | | | | |
| Trabajador contratado por el participante (Apellido, Nombre, Inicial) | | | | Nombre – Participante empleador (Apellido, Nombre) | | | | |
| Fecha de nacimiento – Trabajador contratado por el participante | | | | | | | | |
| El participante empleador requiere que las siguientes tareas y deberes sean realizados por el trabajador contratado por el participante: | | | | | | | | |
| El participante empleador se compromete a proporcionar/organizar la capacitación del trabajador como se describe a continuación: | | | | | | | | |
| **Horario del trabajador contratado por el participante: indique el día(s) de la semana en que el trabajador contratado por el participante proporcionará servicios** | | | | | | | | |
| **Servicio** | **Domingo** | **Lunes** | **Martes** | | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
| Atención domiciliaria de apoyo  (SHC) |  |  |  | |  |  |  |  |
| Cuidado personal autodirigido (SDPC) |  |  |  | |  |  |  |  |
| Cuidado de relevo (R) |  |  |  | |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  | |  |  |  |  |
| Millas |  |  |  | |  |  |  |  |
| Si es “Otro”, por favor explique: | | | | | | | | |
| **Servicios prestados por el trabajador contratado por el participante: indique qué servicios, tarifas salariales, tipo(s) de unidad y unidades por semana proporcionará el trabajador contratado por el participante** | | | | | | | | |
| **Servicio** | **Tarifa salariales** | | **Tipo de unidad (por hora, por día, etc.)** | | | | **Unidades por semana** | |
| Atención domiciliaria de apoyo (SHC) |  | |  | | | |  | |
| Cuidado personal autodirigido (SDPC) |  | |  | | | |  | |
| Cuidado de relevo (R) |  | |  | | | |  | |
| Otro |  | |  | | | |  | |
| Millas | Indique la tarifa y el número de millas por mes que el trabajador contratado por el participante está autorizado a proporcionar. | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | |
| Si es “Otro”, por favor explique: | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDIANTE LA FIRMA ABAJO:** | |
| Yo (Nosotros) entiendo que los servicios se proporcionan bajo las regulaciones de Medicaid y que yo (nosotros) no podemos cobrar por encima de la cantidad autorizada en el plan del participante empleador. Después de que el trabajador contratado por el participante haya realizado los servicios según este acuerdo, los informes de tiempo son debidos al agente empleador fiscal del participante. | |
| Ambos firmantes se comprometen a enviar solo los informes de tiempo dentro de las horas autorizadas. Sin aprobación previa, el exceso de horas reclamadas por encima de las autorizadas puede ser rechazado para el pago. | |
| **FIRMA** – Trabajador contratado por el participante | Fecha de la firma |
|  |  |
| **FIRMA** – Participante empleador | Fecha de la firma |
|  |  |