

**Reporte de empleo  
del Health and Employment Counseling  
(Consejería para Salud y Empleo, HEC)  
Health and Employment Counseling (HEC) Employment Report**

Cuando está inscrito en el programa Health and Employment Counseling (Consejería para Salud y Empleo, HEC), debe reportar cuando consiga un trabajo, se convierta en trabajador autónomo o empiece a trabajar a cambio de bienes o servicios (trabajo en especie).

Complete este formulario cuando haya empezado a trabajar y ya no necesite estar inscrito en HEC para cumplir el requisito de empleo de Medicaid Purchase Plan (Plan de Compra de Medicaid, MAPP). Una vez que envíe su formulario y lo procesemos, le enviaremos una carta con la fecha actualizada de finalización de su inscripción en HEC. Su inscripción en HEC finalizará pero su cobertura a través de MAPP continuará siempre y cuando haya comunicado su actividad laboral a su agencia y cumpla todas las demás normas del programa.

**Importante:** Este formulario **no** cuenta como prueba de empleo para su elegibilidad de MAPP. Para seguir cumpliendo el requisito de empleo de MAPP, también debe informar acerca de su empleo o actividad laboral y presentar un comprobante (si se lo piden) a su agencia local. Encuentre la información de contacto de su agencia en [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency).

**Sección 1: Información sobre el miembro**

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_

Dirección, calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario (si no es usted): \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección 2: Información laboral**

Tipo de actividad laboral:  Empleo  Trabajador autónomo  En especie (trabajo a cambio de bienes o servicios)

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Número de horas semanales (aproximado): \_\_\_\_\_

Salario o ingresos por hora: \_\_\_\_\_ Si es en especie, valor de los servicios recibidos: \_\_\_\_\_

### Sección 3: Envío del formulario

Envíe su formulario completo al coordinador del programa HEC de una de las siguientes maneras:



#### Aplicación móvil

Tome una foto de todas las páginas del formulario y envíelas con la aplicación móvil MyACCESS.



#### En línea

Suba todas las páginas escaneadas del formulario a la página de ACCESS. Puede hacerlo mediante su cuenta en ACCESS, a la cual puede acceder en [access.wi.gov](https://access.wi.gov).



#### Fax

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.



#### Correo

- Si vive en el **condado de Milwaukee**:  
MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee:  
CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547



#### En persona

Lleve el formulario a su agencia. Encuentre la información de contacto de su agencia en [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency).