|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02764CM (02/2024) | | **STATE OF WISCONSIN**  Page 1 of 2 | | | |
| 原告 **FISCAL EMPLOYER AGENT（**财务雇主代理**）(FEA) –** 转移请求  **(PARTICIPANT FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA) — TRANSFER REQUEST)** | | | | | |
| 说明：填写此表格纯属自愿；但是，如果不填写并签署此表格，则请求将不予受理。此表格记录了您向新的 IRIS fiscal employer agent（财务雇主代理）转移的请求并发起转移程序。表格填写完成后，ADRC 或 部落 ADRS 将向 IRIS Consultant Agency（IRIS 顾问机构）提交请求。顾问将在收到表格后 3 个工作日内将表格上传至 WISITS。 | | | | | |
| 尽管 IRIS 参与者可以随时请求转移，但 FEA 转移必须遵循 [FEA 转移日历](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02239.pdf)，并且不允许连续进行。一旦将转移申请表提交给 ADRC 或 部落 ADRS，就无法更改或撤销。 | | | | | |
| 姓名 - 参与者（姓、名） | | 参与者的 MCI | | | |
|  | |  | | | |
| 选择您当前的 fiscal employer agent（财务雇主代理）： Choose an item. | | | | | |
| 选择您希望向其转移的 fiscal employer agent（财务雇主代理）： Choose an item. | | | | | |
| 选填：如果您希望说明变更 FEA 的原因，请在此处说明。您的留言会反馈给 FEA，但不会披露您的身份。 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人清楚，本人已指定上述 FEA 负责促进向所有获批服务提供商付款，并且本人清楚并同意该新 FEA 和本人当前的 FEA 共享信息，以完成这一变更 。本人清楚，一旦本人签署并向 **ADRC** 或 部落 **ADRS** 提交此表格，此 **FEA** 转移请求就无法更改或撤销，但本人可以在未来自由请求转移至另**一 FEA。** | | | | | |
| 签名 – 参与者 | | | | 签名日期 | |
|  | | | |  | |
| **签名 –**  法定监护人、保护人或授权委托人 | | | | 签名日期 | |
|  | | | |  | |
| 资料录入**：** | | | | | |
| ADRC 或部落名称 | | | | 县 | |
|  | | | |  | |
| ADRC 或 部落 邮寄地址 | | | 城市 | | 邮政编码 |
|  | | |  | |  |
| 姓名 – 填写表格的 ADRC 或部落ADRS 工作人员 | | | | 电话 | |
|  | | | |  | |
| 电子邮箱地址 | | | | | |
|  | | | | | |
| 分发已填表格： | 个人、监护人、保护人或 Activated Power of Attorney （授权委托人） | | | | |
| ICA | | | | |
| 如有记录请求，ADRC 或部落ADRS 必须将原始签名申请表或其电子扫描副本保留十年。 | | | | | |