|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02764SE (02/2024) | | **STATE OF WISCONSIN**  Page 1 of 2 | | | |
| **UČESNIK FISCAL EMPLOYER AGENT (FISKALNOG AGENTA POSLODAVCA) (FEA) – ZAHTJEV ZA PRIJENOS**  **(PARTICIPANT FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA) — TRANSFER REQUEST)** | | | | | |
| **UPUTSTVA: Popunjavanje ovog obrasca je dobrovoljno; međutim, nijedan zahtjev se ne može obraditi bez popunjenog potpisanog obrasca.** Ovaj obrazac dokumentuje vaš zahtjev  i pokreće proces prijenosa na novog IRIS fiscal employer agent (fiskalnog agenta poslodavca).  Po završetku, ADRC ili plemenski ADRS podnijeće zahtjev u IRIS Consultant Agency (Agenciji  za savjetovanje, IRIS). Konsultant će obrazac poslati na WISITS u roku od tri (3) radna dana  od prijema obrasca. | | | | | |
| Dok IRIS učesnici mogu zahtijevati prijenos u bilo koje vrijeme, FEA prijenosi se moraju pridržavati [FEA kalendara prijenosa](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02239.pdf) i oni nisu dozvoljeni u uzastopnim ciklusima. Nakon što se obrazac zahtjeva za prijenos podnese ADRC-u ili plemenskom ADRS-u, isti se ne može promijeniti  ili opozvati. | | | | | |
| Ime – Učesnik (Prezime, Ime) | | Učesnikov MCI | | | |
|  | |  | | | |
| Odaberite svog trenutnog fiscal employer agent (agenta fiskalnih usluga): Choose an item. | | | | | |
| Odaberite fiscal employer agent (fiskalnog agenta poslodavca) kod kojeg biste željeli prijeći: Choose an item. | | | | | |
| **Neobvezno**: Ako želite, podijelite razlog zbog kojeg mijenjate svog FEA. Vaš komentar će biti podijeljen sa FEA ali će vaš identitet ostati privatan. | | | | | |
|  | | | | | |
| Razumijem da će FEA kojeg sam gore odabrao/la postati FEA odgovoran za omogućavanje plaćanja odobrenim pružateljima usluga i razumijem i slažem se da novi FEA i moj sadašnji FEA moraju dijeliti informacije potrebne za obradu ove promjene. **Razumijem da kada potpišem  i pošaljem ovaj obrazac do ADRC ili plemenskog ADRS, ovaj FEA zahtjev za prijenos  se ne smije mijenjati ili povlačiti, ali slobodno mogu zahtijevati prijenos do drugog FEA  u budućnosti.** | | | | | |
| **POTPIS** – Učesnik | | | | **Datum potpisa** | |
|  | | | |  | |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | | | | **Datum potpisa** | |
|  | | | |  | |
| **PODATKE POPUNJAVA:** | | | | | |
| ADRC ili ime plemena | | | | Okrug | |
|  | | | |  | |
| Poštanska adresa ADRC-a ili plemena | | | Grad | | Poštanski broj |
|  | | |  | |  |
| Ime – Radnik ADRC ili Plemeski ADRS koji popunjava obrazac | | | | Telefon | |
|  | | | |  | |
| Adresa e-pošte | | | | | |
|  | | | | | |
| Slanje ispunjenog obrasca: | Pojedincu, staratelju, skrbniku ili Activated Power of Attorney (aktiviranom opunomoćeniku) | | | | |
| ICA | | | | |
| ADRC ili plemenski ADRS moraju čuvati u evidenciji obrazac zahtjeva sa originalnim potpisom  ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid  u evidenciju | | | | | |