|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-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 |