|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-01246R (01/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Сборник законов штата Висконсин§ 48.685 и 50.065Административное правилоDHS 12.05(4) |
| **ДОПОЛНЕНИЕ К РАСКРЫТИЮ АНКЕТНЫХ ДАННЫХ — IRIS****BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE ADDENDUM—IRIS** |
| **ИНСТРУКЦИИ** | Заполнение этой формы требуется главами 48.685 и 50.065 законодательства штата Висконсин. Несоблюдение этого требования может привести к отказу в найме на работу или к увольнению с работы.Идентифицирующая личность информация, собираемая в этой форме, служит для проверки вашей личности и того, что форма заполнена. |
| **РАЗДЕЛ I – ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ** |
| Полное имя – (фамилия, имя, отчество)      | Дата рождения      |
| Пожалуйста, перечислите все города и штаты, в которых вы жили в течение последних трех лет, и имя (имена), под которым(и) вы были известны (если это отличается от вашего нынешнего имени). Пожалуйста, укажите, сколько лет вы там прожили. |
| Полный адрес – (адрес, город, штат, почтовый индекс) | Годы проживания | Все другие имена, под которыми вы были известны (включая девичью фамилию) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **РАЗДЕЛ II – ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ** |
| Заполнение этого раздела требуется только для заявителей, которые жили за пределами штата Висконсин в течение последних трех лет. |
| Текущий адрес      | Город      | Штат      | Почтовый индекс      | Административный округ      |
| Предыдущий адрес      | Город      | Штат      | Почтовый индекс      | Административный округ      |
| Предыдущий адрес      | Город      | Штат      | Почтовый индекс      | Административный округ      |
| Предыдущий адрес      | Город      | Штат      | Почтовый индекс      | Административный округ      |
| Девичья фамилия матери      | Нынешняя фамилия матери – (фамилия, имя, отчество)      |
| Фамилия отца – (фамилия, имя, отчество)      |  |
| **РАЗДЕЛ III — ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ПОДПИСЬ** |
| Заявитель должен отметить все поля, поставить подпись и дату. |
| [ ]  | Я подтверждаю, что информация, предоставленная мною в этой форме, является точной, насколько мне известно. |
| [ ]  | Я разрешаю агентствам-партнерам DHS IRIS проводить проверку анкетных данных сейчас и автоматически проводить будущие проверки анкетных данных – без предварительного уведомления – каждые 4 года и *ad* *hoc (по мере необходимости)*, пока я предоставляю платные услуги IRIS. |
| [ ]  | Я понимаю, что проверка анкетных данных за пределами штата или страны может увеличить время обработки. |
| **ПОДПИСЬ** – заявитель | Дата подписания |
|  |  |