|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01246R (01/2024) | | | | **STATE OF WISCONSIN**  Сборник законов штата Висконсин  § 48.685 и 50.065  Административное правило  DHS 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 | |
|  | | | | | | | |  | |