



Nuevo Empleador/Información del Participante

¡Usted ya es un Empleador!

Bienvenido al modelo de empleo autodirigido. Desde ahora gestionará y dirigirá los servicios que reciba. En este modelo de empleador usted o la que persona a la que usted designe, será el empleador y dirigirá el trabajo de su empleado.

El papel de la Asistencia Fiscal como su Agente Fiscal o Empleador

Fiscal Assistance, Inc. (FA) servirá como su agente fiscal o empleador para apoyarlo y completar muchas de las obligaciones administrativas del empleador. Esto significa que *FA* procesará las hojas de tiempo trabajado, llevará a cabo verificaciones de antecedentes no penales de los potenciales empleados, administrará las responsabilidades fiscales del empleador, solicitará el Seguro de Compensación del Trabajador y pagará a sus empleados.

Gráfica de papeles y responsabilidades

Su papel (como Empleador)	El papel del empleado (como empleado)	El papel de la Asistencia Fiscal (como Agente Fiscal o Empleador)
Seleccionar y contratar a un empleado. Programar empleados (mantenerse dentro del presupuesto autorizado). Capacitar empleados. Firmar las hojas de tiempo trabajado. Revisar el desempeño laboral de los empleados.	Cumplir con los requisitos de contratación. Completar la documentación de empleo requerida. Pasar una verificación de antecedentes no penales. Enviar hojas de tiempo trabajado a <i>FA</i> .	Ayudar con el papeleo según sea necesario. Establecerlo como empleador. Afianzar a su trabajador como su empleado. Realizar verificaciones de antecedentes no penales.
Despedir empleados. Establecer límites claros. Hacerle saber a sus empleados las reglas y sus responsabilidades como empleados. Prevenir el fraude.	Respetar los límites, las reglas y las responsabilidades del empleador. Brindar servicios de cuidado en el hogar siguiendo las instrucciones de su empleador. Prevenir fraude.	Proporcionar servicios de nómina. Preparar y distribuir cheques de nómina. Pagar los impuestos del empleador. Preparar las declaraciones de impuestos de fin de año. Solicitar y asegurar el Seguro de Compensación al Trabajador en nombre del empleador.

El proceso de contratación

Fiscal Assistance, Inc. (FA) lo ayudará, según sea necesario, con toda la documentación requerida para afianzarlo como empleador y establecer a su trabajador como su empleado.

Servicios de nómina

Fiscal Assistance, Inc. (FA) preparará y distribuirá cheques de nómina y estados de impuestos de fin de año. Además, *FA* pagará todos los impuestos del empleador, retendrá los impuestos de los empleados y presentará declaraciones de retención de impuestos a las agencias gubernamentales apropiadas. Si su empleado alguna vez necesita verificación de empleo *FA* también se encargará de estas gestiones.

Información de contacto

Puede desprender esta hoja de su paquete y ponerla en un lugar visible para que tenga siempre a la mano la información para ponerse en contacto con los recursos que precise.

El personal de apoyo de *Fiscal Assistance* está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. marcando el número **1-855-201-4230** o en el sitio web www.fiscalassistance.org.

Fiscal Assistance no labora en días festivos estatales o federales.

Equipo del Agente Empleador

Servicio	Información de contacto	
<ul style="list-style-type: none">○ Preguntas o preocupaciones sobre la nómina.○ Confirmación de hojas de tiempo trabajado.○ Verificación de salarios.○ Autorización de presupuestos.○ Pedir más hojas de tiempo trabajado.○ Solicitar paquetes para el nuevo empleado.○ Cambio de dirección o de teléfono.	<i>CARE WI & My Choice</i> Especialistas de Nómina (Código de servicio 4111 o 8111)	Número directo: 608-819-7752 carewi@fiscalassistance.org mychoice@fiscalassistance.org
	<i>iCare</i> Especialista de Nómina (Código de servicio 9111)	Número directo: 608-819-7734 icare@fiscalassistance.org
	<i>CLTS/Children's</i> Especialista de Nómina (Código de servicio 3111 o 7111)	Número directo: 608-819-7739 enrollment@fiscalassistance.org
Gerente de Nómina	Número directo: 608.733.6241 Línea telefónica gratuita: 1.855.201.4230 extensión. 16 Payroll@fiscalassistance.org	
Directora Ejecutiva – Carol Richards	Número directo: 608.819.9309 Línea telefónica gratuita 1.855.201.4230 extensión. 11 CarolR@fiscalassistance.org	

Fiscal Assistance, Inc.

4646 S. Biltmore Lane

Madison, WI 53718

Teléfono: 1-855-201-4230

Fax general: 608-842-0115 o 1-844-727-7533 (línea telefónica gratuita)

Fax para las hojas de tiempo trabajado: 1-844-727-7533

fa,inc. INTEGRIDAD DEL PROGRAMA Y PREVENCIÓN DE FRAUDE

Mantener y mejorar la integridad del programa es uno de los aspectos más importantes del programa autodirigido. La integridad del programa, la cual incluye que la prevención de fraude es fundamental para mantener este modelo de programa. Los participantes, tutores y proveedores son vitales para prevenir el fraude y mantener la integridad del programa.

El fraude y el abuso en Medicaid cuestan a los estados miles de millones de dólares cada año, desviando fondos que podrían usarse para servicios adicionales o para ayudar a más personas que necesitan cuidado. Como participante, tutor, representante, proveedor de cuidados o receptor de fondos, debe cumplir con todas las leyes estatales y federales y evitar el uso indebido o el fraude. La honestidad y la integridad son expectativas de todos los que participan en cualquier programa de Medicaid.

Definición

Fraude es tergiversar, engañar o timar intencionalmente para beneficiarse u obtener algo de valor. El fraude contra Medicaid consiste en falsificar o tergiversar intencionalmente la verdad para obtener beneficios no autorizados. El abuso incluye cualquier práctica incompatible con prácticas aceptables que aumentan los costos innecesariamente

Ejemplos de fraude y abuso

- Marcar horas en la hoja de horas de trabajo que no fueron trabajadas
- Aprobar/autorizar horas que los empleados realmente no trabajaron
- Marcar más tiempo o indicar tiempos diferentes de los que realmente trabaja
- Cambiar las horas en la hoja de horas de trabajo después de que han sido aprobadas
- No proporcionar los servicios que el participante necesita
- Falsificar un reclamo de indemnización por accidente laboral
- Falsificación o tergiversación de solicitudes o documentación
- Facturación de servicios mientras está en el hospital u otro centro de cuidado
- Facturación duplicada (para múltiples participantes)
- Proporcionar información falsa en las evaluaciones de LTC para obtener un presupuesto más alto

Resultados

El fraude y el abuso de fondos pueden resultar en la terminación de servicios/fondos, sanciones, multas y/o acción penal y encarcelamiento. Es su responsabilidad ser un buen administrador de los fondos que está utilizando/recibiendo y ser responsable de sus horas autorizadas.

DENUNCIAR

Si sospecha o sabe de un fraude o abuso, es su deber y responsabilidad informarlo inmediatamente a la Oficina del Inspector General al **1-877-865-3432** o a www.reportfraud.wisconsin.gov/

fa,inc. **Formulario de aceptación para el empleador**

Yo, _____, he leído los documentos titulados "Información para nuevos empleadores/participantes" e "Integridad del programa y prevención de fraude" proporcionados por Fiscal Assistance, Inc.

Entiendo y acepto mi rol o el de mi representante designado como empleador bajo el modelo de empleo autodirigido.

Acepto que soy el empleador de cualquier empleado que decida contratar para proporcionar servicios de cuidado médico en el hogar bajo el modelo de empleo autodirigido.

Entiendo que soy responsable de contratar, despedir, capacitar y supervisar a mis empleados, así como de mantener la integridad del programa previniendo y denunciando el fraude.

Entiendo y acepto que, como Agente Fiscal/Empleador, Fiscal Assistance, Inc., **no** actuará como el empleador de ningún empleado que yo decida contratar a través de este programa.

Firmado,

Firma

Fecha



Notificación de prácticas de privacidad

Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, comuníquese con Carol Richards 608.846.7058 ext. 11.

Fiscal Assistance, Inc. está totalmente comprometido a garantizar la privacidad y confidencialidad de la Información protegida de salud (PHI por sus siglas en inglés) de nuestros clientes y respalda las disposiciones de la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996.

Esta Notificación de prácticas de privacidad describe cómo **Fiscal Assistance, Inc.**, (la Agencia) puede recopilar, usar y divulgar su información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de la Agencia y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información protegida de salud. La información protegida de salud es información sobre usted, e incluye información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de cuidados médicos relacionados.

Estamos obligados a cumplir con los términos de esta Notificación de prácticas de privacidad. Los términos de esta Notificación permanecerán vigentes hasta que Fiscal Assistance, Inc. modifique o reemplace la Notificación. Si se modifican o reemplazan los términos de esta Notificación, los términos de la nueva Notificación entrarán en vigencia para toda la Información protegida de salud mantenida por Fiscal Assistance en ese momento. En caso de que esta Notificación sea modificada o reemplazada, la nueva Notificación estará disponible para los consumidores y sus asociados en nuestro sitio web en <http://fiscalassistance.org> o en nuestras oficinas en 4646 S. Biltmore Lane Madison, WI 53718.

1. Usos y divulgaciones de la información protegida de salud

La Agencia puede usar y divulgar información personal sobre de salud cuando esa información se use en las áreas de tratamiento, pago y operaciones.

Una vez que haya autorizado el uso y divulgación de su información protegida de salud para recibir servicios al firmar este formulario, usaremos o divulgaremos su información protegida de salud solo como se describe en esta Sección 1. Su información protegida de salud puede ser utilizada y divulgada por el personal de nuestra oficina y otras personas ajenas a nuestra oficina que participen en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de cuidado médico. Su información protegida de salud también puede usarse y divulgarse para pagar sus facturas de cuidado médico y para apoyar el funcionamiento de los servicios de la Agencia.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información protegida de cuidado médico que la Agencia puede realizar una vez que usted haya firmado este formulario. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describen los tipos de usos y divulgaciones que puede realizar nuestra oficina una vez usted que haya otorgado la autorización.

- **Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información protegida de salud para coordinar y/o administrar sus servicios de cuidado médico. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado médico con un tercero que haya obtenido su permiso para tener acceso a su información protegida de salud. También divulgaremos la información protegida de salud a otras agencias,

tanto públicas como privadas, que pueden estar dándole un tratamiento cuando tengamos el permiso necesario de usted para divulgar su información protegida de salud.

- **Pago:** Su información protegida de salud se usará según sea necesario para obtener el pago de sus servicios de cuidado médico. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar los servicios de cuidado médico que le recomendamos, tales como: determinar la elegibilidad o cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le brindan por necesidad médica y emprender actividades de revisión de la utilización. Por ejemplo, obtener la aprobación para quedarse en el hospital puede requerir que su información protegida de salud relevante se divulgue a un plan de salud privado o una agencia de Medicaid de Wisconsin para obtener la aprobación de la admisión al hospital.
- **Funciones de la Agencia:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información protegida de salud para apoyar las actividades comerciales de la Agencia. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación del personal, actividades de licencias, marketing y recaudación de fondos, y realizar u organizar otras actividades comerciales. Además, podemos usar una hoja de registro en recepción, donde se le pedirá que firme su nombre e indique a qué persona está visitando en la Agencia.

Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial implique el uso o divulgación de su información protegida de salud, tendremos un contrato por escrito que contiene términos que protegerán la privacidad de su información protegida de salud.

Podemos usar o divulgar su información protegida de salud, según sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos usar y divulgar su información protegida de salud para otras actividades de marketing. Por ejemplo, su nombre y dirección pueden usarse para enviarle un boletín informativo sobre la Agencia y los servicios que ofrecemos. Puede comunicarse con nuestro Responsable de privacidad para solicitar que **no** se le envíen estos materiales.

El uso y divulgación de la información protegida de salud de la Agencia debe basarse en su Autorización por escrito.

Los usos y divulgaciones de su información protegida de salud para propósitos que no sean los de tratamiento, pago u operaciones de la Agencia se realizarán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley permita o exija lo contrario, como se describe a continuación. Puede revocar la Autorización en cualquier momento, por escrito, exceptuando las instancias en que la Agencia o su proveedor de servicios haya tomado una medida en función del uso o divulgación indicados en la Autorización.

Puede autorizar otros usos y divulgaciones de su información de salud personal.

Podemos usar y divulgar su información protegida de salud en los siguientes casos. Tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o divulgación de toda o parte de su información protegida de salud. Si no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o divulgación de la información protegida de salud, entonces la Agencia, utilizando su criterio profesional, puede determinar si la divulgación es lo mejor para usted. En este caso, solo se divulgará la información protegida de salud que sea relevante para su situación actual.

- **Otras personas involucradas en su cuidado:** A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información protegida de salud que se relacione directamente con la participación de esa persona en su cuidado médico. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesaria si determinamos que es lo que más le conviene según nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar la información protegida de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona responsable de su ubicación, condición general o muerte. Finalmente, podemos usar o divulgar su información protegida de salud a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su cuidado.

- **Barreras de comunicación:** Podemos usar y divulgar su información protegida de salud si su proveedor de servicios u otra persona dentro de la Agencia intenta obtener su consentimiento, pero no puede hacerlo debido a barreras de comunicación sustanciales y el proveedor determina, utilizando su criterio profesional, que tiene la intención de dar su consentimiento para su uso o divulgación bajo las circunstancias del caso.

Podemos usar o divulgar su información protegida de salud en las siguientes situaciones sin su consentimiento o autorización.

- **Obligación legal:** Podemos usar o divulgar su información protegida de salud en la medida en que la ley requiera su uso o divulgación. El uso o divulgación se realizará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, según lo exija la ley, sobre dichos usos o divulgaciones.
- **Salud pública:** Podemos divulgar su información protegida de salud para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública autorizada por ley para recopilar o recibir la información. La divulgación se realizará con el propósito de monitorear enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información protegida de salud, si lo indica la autoridad de salud pública, a una agencia gubernamental extranjera que esté colaborando con la autoridad de salud pública.
- **Supervisión de la salud:** Podemos divulgar la información protegida de salud a una agencia de supervisión de la salud autorizada por ley para realizar actividades como auditorías, investigaciones e inspecciones, o cualquier proceso para garantizar el cumplimiento de las normas de los programas de salud del gobierno, como Medicare o Medicaid.
- **Abuso o negligencia:** Si tenemos motivos para creer que usted es víctima de abuso o negligencia, podemos divulgar su información protegida de salud a una autoridad gubernamental autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia. En este caso, la divulgación se realizará de conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos divulgar información protegida de salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legal
- **Aplicación de la ley:** También podemos divulgar la información protegida de salud, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de aplicación de la ley. Estos propósitos de aplicación de la ley incluyen (1) procesos legales y similares requeridos por la ley, (2) solicitud de información limitada para propósitos de identificación y ubicación, (3) en relación a víctimas de un delito, (4) sospecha de que ha ocurrido una muerte como resultado de conducta criminal, (5) en el caso de que ocurra un delito en las instalaciones de la Agencia, y (6) emergencia médica (no en las instalaciones de la Agencia) y es probable que haya ocurrido un delito.
- **Investigación:** Podemos divulgar su información protegida de salud a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información protegida de salud.
- **Actividad criminal:** De conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información protegida de salud si creemos que el uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar la información protegida de salud si es necesario para que las autoridades policiales identifiquen o detengan a un individuo.

- **Indemnización por accidente laboral:** Podemos divulgar su información protegida de salud según lo autorizado para cumplir con las leyes de indemnización por accidente laboral y otros programas similares establecidos por ley.
- **Actividad militar y seguridad nacional:** Cuando se cumplen las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar información protegida de salud de individuos que son miembros del personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas; (2) con el propósito de una determinación por el Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para beneficios, o (3) a una autoridad militar extranjera si usted es miembro de los servicios de fuerzas armadas extranjeras. También podemos divulgar su información protegida de salud a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluyendo la prestación de servicios de protección al Presidente u otras personas legalmente autorizadas.
- **Usos y divulgaciones requeridas:** Según la ley, debemos divulgarle la información a usted y cuando el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos lo requiera para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500 et. seq.

2. Sus derechos

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de salud y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

- **Tiene derecho a revisar y copiar su información protegida de salud.** Esto significa que puede revisar y obtener una copia de la información protegida de salud sobre usted que está incluida en un conjunto de expedientes designados durante el tiempo en que mantengamos la información protegida de salud.
- **Tiene derecho a solicitar una restricción a su información protegida de salud.** Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información protegida de salud para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información protegida de salud no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o con fines de notificación como se describe en esta Notificación de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.
- **Tiene derecho a solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o a un lugar alternativo.** Aceptaremos solicitudes razonables. También podemos condicionar esta acomodación solicitándole información sobre cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le pediremos una explicación sobre los motivos su solicitud. Presente esta solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad.
- **Puede tener derecho a solicitar que su proveedor de servicios modifique su información protegida de salud que se encuentra en un conjunto de expedientes designados.** En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de modificación. Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Comuníquese con nuestro Jefe de privacidad para determinar si tiene preguntas sobre modificaciones a su información personal de salud.
- **Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos hecho, si las hubiera, de su información protegida de salud.** Este derecho se aplica a divulgaciones para propósitos que no sean de tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico según se describe en esta Notificación de prácticas de privacidad. Excluye divulgaciones que le hayamos hecho a usted, para un directorio de centros o instalaciones, a familiares o amigos involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación. Tiene derecho a recibir información específica sobre cualquier divulgación aplicable que haya ocurrido después del 14 de abril de 2003. Puede solicitar las que se hayan hecho en un marco de tiempo más corto. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y

limitaciones y debe comunicarse con nuestro Responsable de Privacidad si tiene algunas preguntas sobre esta explicación.

- **Tiene derecho a que le entreguemos una copia impresa de esta notificación, previa solicitud, incluso si ha estado de acuerdo en aceptar este aviso electrónicamente.**

3. Reclamos

Puede presentar un reclamo ante Fiscal Assistance o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por Fiscal Assistance. Puede presentar un reclamo ante nosotros notificando a Carol Richards sobre su reclamo. Tenga la seguridad de que no tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar un reclamo, no dude en comunicarse con Carol Richards, 608.846.7058 ext. 11, Carolr@fiscalassistance.org.



Acuse de recibo de Notificación de prácticas de privacidad

Notificación de privacidad de HIPPA

Yo, _____, he leído o he sido informado de las prácticas de privacidad de Fiscal Assistance, Inc. y entiendo las disposiciones contenidas en las mismas.

Por la presente autorizo a Fiscal Assistance a usar y divulgar mi Información protegida de salud de acuerdo con las disposiciones establecidas en esta Notificación de prácticas de privacidad.

Firmado,

Firma

Fecha

Nota: Esta sección es opcional.

Cualquier solicitud debe indicar las restricciones específicas solicitadas y a quién se aplica cada restricción para que se considere válida.

Por la presente solicito que se coloquen las siguientes restricciones en el uso y/o divulgación de mi información protegida de salud:



Initial Employer Information Form

NAME OF EMPLOYER (Individual Receiving Care)

Employer Name:	
Address:	
Phone:	
Date of Birth:	
Social Security #:	
Email:	

FEIN (if previously used):	
Case Management Agency:	
Case Manager/Care Manager:	
MCI #:	
Fund Code: (FA completes)	

ADDITIONAL INFORMATION

Guardian/POA/Parent of Minor (if applicable)

Guardian/POA/Parent of Minor:	
Address:	
Phone:	
Email:	

Application for Employer Identification Number

OMB No. 1545-0003

(For use by employers, corporations, partnerships, trusts, estates, churches, government agencies, Indian tribal entities, certain individuals, and others.)

EIN

▶ See separate instructions for each line. ▶ Keep a copy for your records.

Type or print clearly.	1 Legal name of entity (or individual) for whom the EIN is being requested , HHCSR	
	2 Trade name of business (if different from name on line 1) Fiscal Assistance Inc.	3 Executor, administrator, trustee, "care of" name Fiscal Assistance Inc.
	4a Mailing address (room, apt., suite no. and street, or P.O. box) 4646 S. Biltmore Lane	5a Street address (if different) (Do not enter a P.O. box.)
	4b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions) Madison, WI 53718	5b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions)
	6 County and state where principal business is located , Wisconsin	
	7a Name of responsible party	7b SSN, ITIN, or EIN
8a Is this application for a limited liability company (LLC) (or a foreign equivalent)? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No		8b If 8a is "Yes," enter the number of LLC members ▶
8c If 8a is "Yes," was the LLC organized in the United States? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No		
9a Type of entity (check only one box). Caution. If 8a is "Yes," see the instructions for the correct box to check.		
<input type="checkbox"/> Sole proprietor (SSN) _____ <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Corporation (enter form number to be filed) ▶ _____ <input type="checkbox"/> Personal service corporation <input type="checkbox"/> Church or church-controlled organization <input type="checkbox"/> Other nonprofit organization (specify) ▶ _____ <input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ HHCSR		
<input type="checkbox"/> Estate (SSN of decedent) _____ <input type="checkbox"/> Plan administrator (TIN) _____ <input type="checkbox"/> Trust (TIN of grantor) _____ <input type="checkbox"/> National Guard <input type="checkbox"/> State/local government <input type="checkbox"/> Farmers' cooperative <input type="checkbox"/> Federal government/military <input type="checkbox"/> REMIC <input type="checkbox"/> Indian tribal governments/enterprises Group Exemption Number (GEN) if any ▶ _____		
9b If a corporation, name the state or foreign country (if applicable) where incorporated	State	Foreign country
10 Reason for applying (check only one box)		
<input type="checkbox"/> Started new business (specify type) ▶ _____ <input type="checkbox"/> Hired employees (Check the box and see line 13.) <input type="checkbox"/> Compliance with IRS withholding regulations <input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ HHCSR		
<input type="checkbox"/> Banking purpose (specify purpose) ▶ _____ <input type="checkbox"/> Changed type of organization (specify new type) ▶ _____ <input type="checkbox"/> Purchased going business <input type="checkbox"/> Created a trust (specify type) ▶ _____ <input type="checkbox"/> Created a pension plan (specify type) ▶ _____		
11 Date business started or acquired (month, day, year). See instructions.	12 Closing month of accounting year December	
13 Highest number of employees expected in the next 12 months (enter -0- if none). If no employees expected, skip line 14.	14 If you expect your employment tax liability to be \$1,000 or less in a full calendar year and want to file Form 944 annually instead of Forms 941 quarterly, check here. (Your employment tax liability generally will be \$1,000 or less if you expect to pay \$4,000 or less in total wages.) If you do not check this box, you must file Form 941 for every quarter. <input type="checkbox"/>	
Agricultural 0	Household 0	Other 0
15 First date wages or annuities were paid (month, day, year). Note. If applicant is a withholding agent, enter date income will first be paid to nonresident alien (month, day, year) ▶ N/A		
16 Check one box that best describes the principal activity of your business.		
<input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Rental & leasing <input type="checkbox"/> Transportation & warehousing <input type="checkbox"/> Accommodation & food service <input type="checkbox"/> Wholesale-agent/broker <input type="checkbox"/> Real estate <input type="checkbox"/> Manufacturing <input type="checkbox"/> Finance & insurance <input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) HHCSR		
17 Indicate principal line of merchandise sold, specific construction work done, products produced, or services provided. HHCSR		
18 Has the applicant entity shown on line 1 ever applied for and received an EIN? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No If "Yes," write previous EIN here ▶ _____		

Third Party Designee	Complete this section only if you want to authorize the named individual to receive the entity's EIN and answer questions about the completion of this form.	
	Designee's name Scarlett Russell or Renae Huffman or Theresa Chard ~ Fiscal Assistance Inc.	Designee's telephone number (include area code) (608) 846-7058
	Address and ZIP code 4646 S. Biltmore Lane Madison, WI 53718	Designee's fax number (include area code) (608) 842-0459
Under penalties of perjury, I declare that I have examined this application, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.		Applicant's telephone number (include area code) ()
Name and title (type or print clearly) ▶		Applicant's fax number (include area code) ()
Signature ▶		Date ▶

Form **2678** **Employer/Payer Appointment of Agent**

(Rev. June 2011)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0748

Use this form if you want to request approval to have an agent file returns and make deposits or payments of employment or other withholding taxes or if you want to revoke an existing appointment.

- If you are an employer or payer who wants to request approval, complete Parts 1 and 2 and sign Part 2. Then give it to the agent. Have the agent complete Part 3 and sign it.

Note. This appointment is not effective until we approve your request. See the instructions for filing Form 2678 on page 3.

- If you are an employer, payer, or agent who wants to revoke an existing appointment, complete all three parts. In this case, only one signature is required.

For IRS use:

Part 1: Why you are filing this form...

(Check one)

- You want to **appoint** an agent for tax reporting, depositing, and paying.
- You want to **revoke** an existing appointment.

Part 2: Employer or Payer Information: Complete this part if you want to appoint an agent or revoke an appointment.

1 Employer identification number (EIN) -

2 Employer's or payer's name (not your trade name)

3 Trade name (if any)

4 Address

Number Street Suite or room number

City State ZIP code

5 Forms for which you want to appoint an agent or revoke the agent's appointment to file. <i>(Check all that apply.)</i>	For ALL employees/ payees	For SOME employees/ payees
Form 940, 940-PR (Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return)*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 941, 941-PR, 941-SS (Employer's QUARTERLY Federal Tax Return)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 943, 943-PR (Employer's Annual Federal Tax Return for Agricultural Employees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 944, 944-PR, 944-SS, 944(SP) (Employer's ANNUAL Federal Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 945 (Annual Return of Withheld Federal Income Tax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-1 (Employer's Annual Railroad Retirement Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-2 (Employee Representative's Quarterly Railroad Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Generally you cannot appoint an agent to report, deposit, and pay taxes reported on Form 940, Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return, unless you are a home care service recipient.

- Check here if you are a home care service recipient, and you want to appoint the agent to report, deposit, and pay FUTA taxes for you. See the instructions.

I am authorizing the IRS to disclose otherwise confidential tax information to the agent relating to the authority granted under this appointment, including disclosures required to process Form 2678. The agent may contract with a third party, such as a reporting agent or certified public accountant, to prepare or file the returns covered by this appointment, or to make any required deposits and payments. Such contract may authorize the IRS to disclose confidential tax information of the employer/payer and agent to such third party. If a third party fails to file the returns or make the deposits and payments, the agent and employer/payer remain liable.

X Sign your name here

Date

Print your name here

Print your title here

Best daytime phone

Now give this form to the agent to complete. ►