



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
 División de Servicios de Rehabilitación - Programa de Servicios en el Hogar
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDOR INDIVIDUAL IMPACT

(Solo para uso de Oficina)

Instrucciones para completar este formulario

Los Asistentes Personales, CNA, LPN, RN deben:

1. Sección A: Responder todas las preguntas.
2. Sección B: Responder todas las preguntas
3. Sección C: Responder todas las preguntas si es un LPN o RN.
 - o Proporcionar un numero de licencia valido para demostrar que esta certificado.
 - o Proporcionar NPI (Identificador Nacional del Proveedor) para estar registrado en el sistema IMPACT.
 - o Si no tiene un NPI, obtengalo en: <https://nppes.cms.hhs.gov>
 - o Utilice los codigos de taxonomia a continuacion sequen su especialidad.
 - **LPN** : 164W00000X **RN** : 163W00000X
4. Sección D: Responder todas las preguntas
 - o Si no esta seguro de como responder alguna de las preguntas, por favor responda **con N?A en los comentarios.**
5. **Firme en la parte inferior de todas las páginas.**

A: Información del Proveedor Individual (Escriba de manera clara)

Nombre:	Apellido:	
Últimos cuatro dígitos del NSS:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Correo Electronico /Email:	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono de Casa:	Telefono movil:	

B. Informacion del proveedor

Tipo de Proveedor: PA <input type="checkbox"/> CNA <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/>	Genero al Nacer: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Identidad de Genero: Homb <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Non-binary <input type="checkbox"/> Genero No-Conforme <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero No Responder <input type="checkbox"/>
Preferencia de Comunicacion: Tel. Movil <input type="checkbox"/> Tel. de casa <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> Video Llamada <input type="checkbox"/>	Preferencia de Pronombre: El/suyo <input type="checkbox"/> Ella/suya <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/>	Preferencia de Idioma: Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
		Preferencias de correo: Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/>

C: Informacion del LPN/RN

Numero de Licencia (solo LPN/RN):	NPI (solo LPN/RN):	Notas adicionales:(si las hay)
-----------------------------------	--------------------	--------------------------------

Firme abajo

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
 División de Servicios de Rehabilitación - Programa de Servicios en el Hogar
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDOR INDIVIDUAL IMPACT

D: Questionnaire for PA/CNA/LPN/RN (If you're unsure of how to respond, please comment N/A)

	PREGUNTA	SI	NO	COMENTARIOS
1.	Si es un proveedor de fuera del estado que proporcionó atención de emergencia a un participante de Medicaid de Illinois, puede solicitar una inscripción retroactiva desde la fecha en que se prestaron los servicios. Si es así, ingrese la fecha solicitada para ser considerada en el campo de comentarios. Las solicitudes de inscripción deben presentarse dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio para ser consideradas para una fecha de inscripción retroactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Desea poner una fecha de finalización para su inscripción? Si es así, ¿qué fecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Actualmente está excluido de algún programa de Illinois o de otro estado? Si es así, indique el estado de exclusión y el programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Actualmente está excluido de algún programa federal? Si es así, indique el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Alguna vez ha tenido una condena penal? Si es así, indique el tipo de condena y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	¿Alguna vez ha tenido una sentencia bajo alguna ley de reclamaciones falsas? Si es así, indique la sentencia y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	¿Ha sido certificado o recertificado por Medicare en el último año? Si es así, indique la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	¿Ha sido certificado por el programa de Medicaid de otro estado? Si es así, indique cada estado y la fecha de certificación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	¿Alguna vez ha tenido una exclusión o inhabilitación de un programa? Si es así, indique el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	¿Alguna vez ha tenido una sanción monetaria civil? Si es así, indique el tipo de sanción y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	¿Es usted propietario del 5% o más en otras entidades reembolsables por Medicaid y/o Medicare? Si es así, proporcione los detalles en el paso "Agregar Detalles de Propiedad".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	¿Ha tenido algún acuerdo, sentencia o liquidación por mala práctica? Si es así, indique el monto en dólares y las fechas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	¿Es usted un APN (Anestesiólogo RN Certificado, Partera de Enfermería, Enfermero Clínico Especializado, NP) o un Analista de Comportamiento Certificado por la Junta o Técnico de Comportamiento Registrado empleado fuera de un BHC y tiene un Acuerdo de Colaboración? Si es así, proporcione el NPI(s) del proveedor colaborador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	¿Está inscrito en el Programa de Vacunas para Niños (VFC) y tiene una especialidad/subespecialidad distinta a OB, GYN, OB/GYN? Si es así, proporcione la fecha de inscripción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	¿Tiene seguro de responsabilidad profesional? Si es así, proporcione el nombre de su aseguradora y el límite de cobertura de la póliza por cada incidente y en total.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Si se está inscribiendo como farmacéutico, ¿ha completado un programa de capacitación acreditado por ACPE relacionado con la iniciación, dispensación o administración de medicamentos, pruebas de laboratorio, evaluaciones, derivaciones y consultas para el VIH? Si es así, ingrese la fecha en que completó la capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Si se está inscribiendo como farmacéutico, ¿ha completado un programa de capacitación acreditado por ACPE relacionado con la autoevaluación de riesgos del paciente, evaluación del paciente, consejería y educación sobre anticonceptivos, y dispensación de anticonceptivos hormonales? Si es así, ingrese la fecha en que completó la capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del Proveedor: _____ Fecha _____