



Estado de Illinois

Departamento de Servicios Humanos- División de Servicios de Rehabilitación - Programa de Servicios a Domicilio
INVESTIGACIÓN DE HISTORIAL DEL PROVEEDOR (REVALIDACIÓN)

FORMULARIO DE DISPUTA

Estimado Proveedor,

Usted debe reinscribirse una vez cada 5 años en el sistema Illinois Medicaid Program Advanced Cloud Technology (IMPACT). Esto le permite seguir recibiendo pagos del Programa de Servicios a Domicilio (HSP).

El sistema IMPACT requiere una investigación de antecedentes. La investigación devuelve los delitos exigibles y/o no exigibles que coinciden con su información personal.

- Un delito exigible permitirá al cliente de HSP la opción de retenerle.
- Un delito no dispensable, si se verifica, será revisado por los Servicios de Salud y Familia (HFS), Oficina del Inspector General (OIG). HFS OIG decidirá si HSP puede continuar pagándole.

Elija una de las opciones siguientes. Debe aportar pruebas de todas las afirmaciones que haga.

<input type="checkbox"/> YO DISPUTO HSP procederá a un segundo examen si selecciona esta	<ul style="list-style-type: none"> • He revisado los resultados y la exactitud de la investigación de historial. • A continuación, se ofrece información adicional en apoyo de la solicitud. <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> YO NO DISPUTO	<ul style="list-style-type: none"> • He revisado y confirmo que los resultados de las pruebas son correctos. • No creo que represente un peligro para la seguridad o el bienestar del cliente. • Los resultados del cribado no afectarán a la calidad de la atención que presto al cliente.

Información sobre el indulto

¿Ha recibido algún tipo de indulto por su(s) delito(s)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Autoridad de indulto: _____ Condado / Estado: _____ Delito por el que fue condenado: _____ Fecha del indulto: _____ Condiciones del indulto: _____
--	--

Por favor, proporcione pruebas / detalles en la casilla de abajo que pueden incluir:

- Servicio comunitario posterior al delito, Actividad benéfica, Rehabilitación.
- Tiempo transcurrido desde el delito, Empleo estable, Relaciones duraderas.

Nota:

1. Adjunte pruebas a su solicitud y páginas adicionales si es necesario.
2. Incluya pruebas si cree que la investigación de historial es inexacta (por ejemplo, no ha sido condenado por los delitos, persona equivocada, SSN incorrecto).

--	--	--

Por favor, llene y envíe este formulario a su oficina local de DRS o a:

HSP IMPACT UNIT
Provider Background Screening
100 S Grand Ave E, 1st Floor
Springfield, IL 62762