



# VERIFICACION DE ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR FORMULARIO DE DISPUTA

Estimado Proveedor,

Se inscribió en el sistema de Tecnología Avanzada en la Nube del Programa de Medicaid de Illinois (IMPACT) para trabajar como Proveedor Individual (IP) para un Cliente del Programa de Servicios a Domicilio (HSP).

El sistema IMPACT requiere una verificación de antecedentes. La verificación devolvió delitos exonerables y/o no exonerables que coinciden con su información personal.

- Un delito exonerable permitirá que un cliente del HSP tenga la opción de contratarlo.
- Un delito no exonerable, si se verifica, será revisado por los Servicios de Salud de la Familia (HFS), Oficina del Inspector General (OIG). HFS OIG decidirá si su inscripción es aprobable.

Por favor, elija una de las opciones a continuación. Debe proporcionar pruebas de cualquier afirmación hecha en este formulario.

<input type="checkbox"/> <b>YO DISPUTO</b>  HSP procederá con una verificación secundaria si selecciona esta opción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He revisado los resultados de la verificación y la exactitud de la verificación de antecedentes.</li> <li>• La información adicional para respaldar la reclamación es la siguiente.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> <b>YO NO DISPUTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He revisado y confirmo que los resultados de la verificación son precisos.</li> <li>• No creo que yo represente un peligro para la seguridad o el bienestar del cliente.</li> <li>• Los resultados de la verificación no afectarán mi calidad de atención al cliente.</li> </ul>

### Pardon Information

¿Ha recibido algún tipo de perdón por su(s) delito(s)?  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Autoridad de Perdón: _____ Condado / Estado: _____ Delito Condenado: _____ Fecha del Perdón: _____ Términos del Perdón: _____
---	---

Por favor, proporcione evidencia / detalles en el cuadro a continuación los cuales pueden incluir:

- Servicio comunitario posterior al delito, Actividad caritativa, Rehabilitación.
- Tiempo transcurrido desde el delito, Empleo estable, Relaciones a largo plazo.

### Nota:

1. Adjunte prueba a su reclamación y páginas adicionales si es necesario.
2. Incluya evidencia si cree que el examen de antecedentes es inexacto (por ejemplo, no fue condenado por los delitos, persona equivocada, número de seguro social incorrecto).

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, complete y devuelva este formulario a su oficina local de DRS o a:

**HSP IMPACT UNIT**  
**Provider Background Screening**  
**100 S Grand Ave E, 1<sup>st</sup> Floor**  
**Springfield, IL 62762**