



VERIFICACION DE ANTECEDENTES DE PROVEEDOR (REVALIDACIÓN) CONDENAS EXONERABLES - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Estimado/a Cliente:

Fecha: _____

Se le notificó previamente que el proveedor individual (IP) _____ tenía delitos exonerables. Su proveedor IP completó recientemente la verificación de antecedentes, y se encontraron delitos que usted puede "exonerar"

Los resultados de la verificación de antecedentes han sido verificados como precisos por el IP o mediante una segunda verificación de antecedentes. Usted tiene la **opción de retener o discontinuar a este proveedor**. Por favor, devuelva este formulario dentro de los 20 días hábiles a partir de la fecha de este documento.

Los delitos reportados para el proveedor son:

<input type="checkbox"/> YO CONSIENTO <ul style="list-style-type: none"> Elijo retener a este IP. El IP puede continuar recibiendo pagos por parte de HSP. 	<ul style="list-style-type: none"> He revisado la información proporcionada sobre la revalidación. He recibido y revisado la carta de notificación de condenas exonerables (Revalidación) que enumera el/los delito(s). He recibido y revisado el IL488-2540R completo, el formulario de Disputade la Revalidación. He recibido y revisado toda la información adicional solicitada por y/o proporcionada a mí, por parte de HSP o el IP. Tengo suficiente información para tomar una decisión informada.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO <ul style="list-style-type: none"> Elijo no retener a este IP y buscaré otro IP. El IP ya no podrá recibir pagos por parte de HSP. La falta de respuesta será considerada como "No Consentio". 	<ul style="list-style-type: none"> He revisado la información proporcionada sobre la revalidación. He recibido y revisado la carta de notificación de condenas exonerables (Revalidación) que enumera el/los delito(s). He recibido y revisado el IL488-2540R completo, el formulario de la Disputa de la Revalidación. He recibido y revisado toda la información adicional solicitada por y/o proporcionada a mí, por parte de HSP o el IP. Tengo suficiente información para tomar una decisión informada.

Nombre del Proveedor Individual: _____

Nombre del Cliente: _____

Firma del Cliente: _____

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, 1st FL
Springfield, IL 62762**