



# VERIFICACION DE ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR CONDENAS EXONERABLES - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Estimado/a Cliente:

Un Proveedor Individual (IP) potencial debe inscribirse y ser aprobado en el sistema de Tecnología Avanzada en la Nube del Programa Medicaid de Illinois (IMPACT) para trabajar para usted. El sistema IMPACT cuenta con un procedimiento de verificación de antecedentes penales. El IP potencial de usted \_\_\_\_\_

completó más recientemente la verificación de antecedentes del sistema IMPACT el, \_\_\_\_\_ y se encontraron delito(s) que pueden ser "exonerados" por el Cliente.

Los resultados de la verificación de antecedentes han sido confirmados como precisos mediante confirmación directa del IP, o a través de una segunda verificación de antecedentes.

El(los) delito(s) reportado(s) para el proveedor es(son):

<input type="checkbox"/> <b>YO CONSIENTO</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elijo <b>contratar</b> a un IP.</li> <li>• El IP puede ser pagado por el HSP después de la notificación de aprobación al Cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He revisado la información que se me ha proporcionado respecto a la inscripción.</li> <li>• He recibido y revisado la carta de notificación de Condenas Exonerables que enumera el(los) delito(s).</li> <li>• He recibido y revisado el formulario completado IL488-2540, el formulario de Disputa.</li> <li>• He recibido y revisado toda la información adicional solicitada por y/o proporcionada a mí, por el (HSP) o el IP.</li> <li>• Tengo suficiente información para tomar una decisión informada.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTO</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elijo <b>NO contratar a este IP</b> y buscaré otro IP.</li> <li>• <b>El IP no podrá ser pagado</b> por HSP.</li> <li>• La falta de respuesta se considerará como "<b>NO CONSIENTO</b>"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He revisado la información que se me ha proporcionado sobre la inscripción.</li> <li>• He recibido y revisado la carta de notificación de Condenas Exonerables que enumera los delitos.</li> <li>• He recibido y revisado el IL488-2540 completo, el formulario de Disputa.</li> <li>• He recibido y revisado toda la información adicional solicitada por, y/o proporcionada a mí, por el HSP o el IP.</li> <li>• Tengo suficiente información para tomar una decisión informada.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>NUEVA SOLICITUD DE VERIFICACIÓN</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elijo <b>obtener los resultados actualizados de la verificación de antecedentes para este IP.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicito al HSP que realice una nueva verificación de antecedentes para este proveedor.</li> <li>• Entiendo que los nuevos resultados de la verificación de antecedentes pueden no presentar ningún cambio.</li> </ul>

Nombre del proveedor individual: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma del cliente: \_\_\_\_\_

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

**HSP IMPACT UNIT**  
**Verificación de Antecedentes del Proveedor**  
**100 S. Grand Ave. E., 1st FL**  
**Springfield, IL 62762**