



VERIFICACION DE ANTECEDENTES DE PROVEEDOR (REVALIDACIÓN)

DECISIÓN DE CONSENTIMIENTO

Nombre del Proveedor: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Cliente CC: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estimado Proveedor,

Una carta anterior del Programa de Servicios en el Hogar (HSP) le proporcionó los resultados de su evaluación de antecedentes IMPACT. La carta incluía una explicación sobre lo que significa un delito exonerable y no exonerable.

Los resultados de la evaluación fueron revisados por su cliente del Programa de Servicios en el Hogar (HSP). Los resultados también fueron revisados por los Servicios de Salud y Familia (HFS) / Oficina del Inspector General (OIG), si fue necesario.

Le informamos que:

<input type="checkbox"/> El Cliente ESTÁ DE ACUERDO en retenerlo.	<ul style="list-style-type: none"> • El Cliente ha revisado los detalles de los resultados de la evaluación. • No se requieren más acciones.
<input type="checkbox"/> El Cliente NO ESTÁ DE ACUERDO en retenerlo.	<ul style="list-style-type: none"> • El Cliente ha revisado los detalles de los resultados de la evaluación. • HSP ya no puede pagarle por los servicios prestados a este cliente. • Puede volver a postularse para trabajar con otro cliente de HSP, pero deberá completar nuevamente el proceso de inscripción.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor comuníquese con el número de contacto que se encuentra a continuación.

Thank you,
Unidad de Evaluación de Proveedores de Servicios en el Hogar (IMPACT)
217-782-2722