



Estado de Illinois

Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación - Programa de Servicios en el Hogar

VERIFICACION DE ANTECEDENTES DE PROVEEDOR (REVALIDACIÓN)

CONDENAS NO EXONERABLES- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Estimado/a Cliente:

Se le notificó previamente que el proveedor individual (IP) potencial _____ tiene delitos no exonerables. Estos delitos fueron revisados por la Oficina del Inspector General (OIG) de Servicios de Salud y Familia (HFS).

La OIG ha informado que no impedirá que el proveedor continúe trabajando. Usted tiene la opción de **mantener o discontinuar a este proveedor**. Si decide mantener a este proveedor con los delitos que se enumeran a continuación, debe completar este formulario de consentimiento y devolverlo dentro de los 20 días hábiles a partir de la fecha de este formulario.

El/Los delitos(s) reportado(s) para el proveedor es/son:

<input type="checkbox"/> YO CONSIENTO <ul style="list-style-type: none"> • Elijo mantener este IP. • El IP puede continuar ser pagado por el HSP. 	<ul style="list-style-type: none"> • He revisado la información que se me ha proporcionado sobre la revalidación. • He recibido y revisado la carta de notificación de Condenas No Exonerables que enumera los delitos. • He recibido y revisado el IL488-2540 completo, el formulario de Disputa de revalidación. • He recibido y revisado toda la información adicional solicitada por, y/o proporcionada a mí, por el 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 mantener a este IP y buscaré otro IP. • El IP ya no podrá ser pagado por HSP. • La falta de respuesta se considerará como "NO CONSIENTO." 	<ul style="list-style-type: none"> • He revisado la información que se me ha proporcionado sobre la inscripción. • He recibido y revisado la carta de notificación de Condenas No Exonerables que enumera los delitos. • He recibido y revisado el IL488-2540 completo, el formulario de Disputa de revalidación. • He recibido y revisado toda la información adicional solicitada por, y/o proporcionada a mí, por el 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

Fondo de Verificación de Antecedentes del Proveedor

100 S Grand Ave E 1er Piso

Springfield, IL 62762