



**VERIFICACION DE ANTECEDENTES DE PROVEEDOR**

**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 impedirán la inscripción de este proveedor. Usted tiene la opción de contratar o no contratar a este proveedor.

Si decide contratar 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.

Los delitos reportados para el proveedor 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 <b>puede ser pagado</b> 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 sobre la inscripción.</li> <li>He recibido y revisado la carta de notificación de Condenas No 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>NO CONSIENTO</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Elijo <b>NO</b> contratar a este IP y buscaré otro IP.</li> <li>El IP no podrá ser pagado por HSP.</li> <li>La falta de respuesta se considerará como "NO CONSENTO."</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 No 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>

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 1<sup>st</sup> Floor**

**Springfield IL 62762**