



**FORMULARIO DE DISPUTAS DE  
 EVALUACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR**

Como proveedor individual, se inscribió en el sistema de tecnología avanzada en la nube del programa Medicaid de Illinois (IMPACT) para trabajar como proveedor individual para un cliente del Programa de servicios para el hogar (HSP). La investigación de antecedentes de IMPACT arrojó condenas renunciables y / o no renunciables que coinciden con la información personal que proporcionó en la solicitud de inscripción.

- Una condena renunciable es una condena penal que permitirá a un Cliente de HSP la opción de contratarlo después de conocer la condena.
- Una condena no renunciable es una condena penal que, si se verifica, puede prohibirle continuar con la inscripción o recibir el pago por los servicios prestados a un Cliente de HSP.

Por favor elija una de las siguientes opciones. Debe proporcionar documentación para corroborar cualquier reclamo realizado en este formulario.

**Opción 1** - Disputo los hallazgos o la precisión de la investigación de antecedentes y solicito una investigación de antecedentes secundaria.

Si usted está disputando la investigación de antecedentes resultados, proporcione información adicional para respaldar su reclamo. Adjunte páginas adicionales si es necesario. La información adicional puede incluir evidencia de que la investigación de antecedentes es inexacta (por ejemplo, no condenado por los delitos, persona equivocada o SSN).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si usted disputa los resultados de la investigación de antecedentes, el Programa de Servicios Hogar (HSP) procederá a una investigación de antecedentes secundaria. HSP proporcionará los resultados de la investigación de antecedentes secundaria, junto con la información que proporcionó anteriormente, a usted y a su Cliente para su revisión, si es necesario.

**Opción 2** - No discuto la investigación de antecedentes y encontrar los resultados devueltos lo más preciso, y / o no creo que presenta un peligro para la seguridad o el bienestar del cliente, mi calidad de la atención no se verá afectada.

¿Ha recibido algún tipo de perdón por los delitos enumerados en la investigación de antecedentes?  Sí  No  
 (Adjunte documentación de respaldo a su reclamo y páginas adicionales si es necesario)

Autoridad de indulto: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Delito condenado: \_\_\_\_\_ Fecha del indulto: \_\_\_\_\_

Condiciones del indulto: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier servicio comunitario, actividad caritativa y / o evidencia posterior a la condena con respecto a su rehabilitación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proporcione detalles sobre su reclamo a continuación o en páginas adicionales. Se deben proporcionar pruebas si la reclamación lo justifica (p. Ej., Tiempo transcurrido desde la condena, rehabilitación, servicio comunitario, empleo estable, relaciones a largo plazo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del proveedor individual: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor individual: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Complete y devuelva este formulario a su oficina local de DRS oa: **HSP IMPACT UNIT**  
**Provider Background Screening**  
**100 S Grand Ave E, 1<sup>st</sup> FL**  
**Springfield, IL 62762**