



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA
 EVALUACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR**

Estimado cliente:

Un posible Proveedor Individual (IP) debe inscribirse y ser aprobado en el sistema de Tecnología Avanzada en la Nube (IMPACT) del Programa Medicaid de Illinois para trabajar para usted. El sistema IMPACT tiene un procedimiento de investigación de antecedentes penales. Su posible IP completó más recientemente la investigación de antecedentes de IMPACT y arrojó _____ condenas penales a las que el Cliente puede & quot;renunciar & quot;.

Se ha verificado que los resultados de la investigación de antecedentes son precisos mediante la confirmación directa del IP o mediante una segunda verificación de investigación de antecedentes. Según el nivel de la(s) condena(s) penal(es), tiene la opción de continuar con la inscripción del IP, solicitar una nueva investigación de antecedentes si la fecha de evaluación anterior tiene más de 1 año o interrumpir la inscripción del IP.

Cualquier información adicional relevante para la investigación de antecedentes del IP se ha incluido en este formulario. Por favor revise la información adicional provista. Al proporcionar su consentimiento en este formulario, acepta contratar a un IP con condena(s) penal(es).

La(s) condena(s) potencial(es) reportada(s) : _____ fueron

CONSENTIMIENTO: He revisado la información que se me proporcionó con respecto a la inscripción para la IP nombrada a continuación. Recibí y revisé la carta de Notificación de investigación de antecedentes del proveedor que enumera las condenas penales asociadas con la IP que se nombra a continuación. Recibí y revisé el IL488-2540 **completo, de antecedentes** el formulario de Disputa de investigación del proveedor, para la IP que se nombra a continuación. Recibí y revisé toda la información adicional solicitada y/o proporcionada por el Programa de Servicios para el Hogar o el IP mencionado a continuación. Tengo suficiente información bajo la cual tomar una decisión informada. Elijo contratar a un IP con condena(s) penal(es).

CONSENTIMIENTO en la **contratación del Proveedor:** _____

Individual: Nombre del Cliente en Letra de Imprenta: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

NO DOY CONSENTIMIENTO: He revisado la información que se me proporcionó con respecto a la inscripción para el nombre de IP a continuación. Recibí y revisé la *carta de Notificación de* investigación de antecedentes del proveedor que enumera las condenas penales asociadas con la IP que se nombra a continuación. **completo,** Recibí y revisé el IL488-2540 el formulario de Disputa de investigación de antecedentes del proveedor, para la IP que se nombra a continuación. Recibí y revisé toda la información adicional solicitada y/o proporcionada por el Programa de Servicios para el Hogar o el IP mencionado a continuación. Tengo suficiente información para tomar una decisión informada. Elijo NO contratar a un IP con antecedentes de condenas penales y he decidido buscar ayuda con otro IP.

NO DOY CONSENTIMIENTO **para contratar** Proveedor: _____

Individual: Nombre del Cliente en Imprenta: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Solicito resultados actualizados de la investigación de antecedentes para este proveedor.

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