

CONFIRMACIÓN DEL PARTICIPANTE DE ILSP
DE ELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS EN EL HOGAR NO PROFESIONAL Y DEL
PROVEEDOR INDIVIDUAL
(ILSP PARTICIPANT ACKNOWLEDGEMENT OF NON-PROFESSIONAL IN-HOME SERVICE PROVIDER AND
INDIVIDUAL PROVIDER ELIGIBILITY)

INSTRUCCIONES: Completar este formulario es un requisito del programa ILSP.
Los formularios completados se deben enviar al administrador externo del ILSP.

Política del programa ILSP:

Los proveedores de servicios en el hogar no profesionales y los proveedores no son elegibles para recibir pagos a través del programa ILSP si han sido acusados de un crimen grave, según se define en [Wis. Stat. § 50.065](#). Esto incluye homicidio en primer y segundo grado, delito de homicidio, ayudar en un suicidio, agresión, abuso físico de un mayor o un menor, abuso de una persona en riesgo, residentes de un centro penal, negligencia de pacientes o residentes o abuso sexual.

El DHS recomienda encarecidamente que los participantes realicen un control de antecedentes criminales y de cuidadores para todos los proveedores de servicios en el hogar no profesionales y proveedores individuales antes de que comiencen a trabajar. Los proveedores individuales son profesionales que no están relacionados con una agencia.

Un participante de ILSP puede elegir que un administrador externo inicie un control de antecedentes de un proveedor antes de que comience a trabajar. El costo de cualquier control de antecedentes no se deducirá del presupuesto de ILSP del participante.

Si en un control de antecedentes se identifica un crimen grave, no se aprobará el servicio y se notificará al participante y al proveedor.

Si un participante elige a un proveedor que no es elegible para recibir pagos a través del ILSP debido a sus registros criminales, el participante será directamente responsable por cualquier pago que se le haga.

Las organizaciones son responsables de realizar los controles de antecedentes a su propio personal. Los participantes no podrán solicitar un control de antecedentes para los proveedores de la agencia.

Confirmación:

Al firmar aquí, reconozco que he revisado y que comprendo la política del programa ILSP sobre la elegibilidad de proveedores.

FIRMA del participante/tutor/POA	Fecha de la firma
Nombre del participante/tutor/POA (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	