

<p>Fill out completely to prevent delay</p>	<p>Submit form: Fax: (630) 786-1674 Email: disability@uniteherehealth.org Mail: UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598</p>	<p>For help, call: The UHH/member number on the back of your medical ID card Or, if you have Kaiser medical, call: ● (855) 321-4373 (D.C./Baltimore area) or ● (855) 484-8480 (LA/OC area)</p>
--	---	---

STEP 1: EMPLOYEE COMPLETES

Employee Name		Date of Birth (MM/DD/YY) / /	Social Security Number - -
Street: City: State: Zip:		Telephone () - Text? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Language Preference for Healthcare Communications <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:		Email	
Is disability due to employment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Is disability due to an accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date symptoms first appeared / /
If you answered "yes" above, please provide Accident details: Date of accident: Time: Place:			Return to work date / / <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Possible
Are you eligible to receive any other income (Social Security, Workers' Compensation, State Disability, Pension, No-Fault, Association/Individual Disability Plans and Salary Continuation, and/or Sick Leave Benefits, etc.)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If "yes," attach a copy of the award letter OR supply type of benefits, amount, frequency, phone, and identification number of source (attach a separate paper if needed).	
<p>I hereby certify that these statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. I authorize any medical professional, hospital, medical care institution, pharmacy, government agency, insurance company, employer, or benefit plan administrator to provide UNITE HERE HEALTH or any agent, attorney, consumer reporting agency, or independent administrator acting on its behalf, with any information concerning the medical advice, care, or treatment provided the patient and any employment-related information. If I opted in for texts by marking, "Yes" in the telephone field above, I understand that texts are not encrypted/secure. I understand that such information will be used to evaluate my claim for benefits and that I, or my representative, will receive a copy of this authorization upon request. A photocopy of this form shall be as effective and valid as the original.</p>			
Signature of Employee:			Date:

STEP 2: EMPLOYER COMPLETES

Employer Name		Employee Job Title	Normal Hours Worked Per Week
Address Street: City: State: Zip:		Actual Last Day Worked / / (hours)	Employee's Date of Hire / /
Is disability due to employment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Can the employee's job be modified to allow for return to work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe, depending on restrictions	Date employee returned to work / / <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Full time	Employee's Hourly Rate (Do not include bonus, overtime, or commissions) \$
Employee Type: <input type="checkbox"/> Regular Hourly <input type="checkbox"/> Gratuity <input type="checkbox"/> Long End		Effective Date of Last Salary Change / /	
<p>I certify that I have reviewed the above information and the employee named has been an active employee for whom contributions have been paid.</p>			
Authorized Employer Signature:		Date:	Title:
Printed Name:		Email:	Phone: () - () - Fax: () - () -

STEP 3: DOCTOR COMPLETES

Diagnosis(es)		ICD-10 Code(s)	
Is patient's disability due to Employment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Pregnancy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If disability is due to pregnancy, provide date of delivery / / <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Estimated	Type of delivery <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-Section <input type="checkbox"/> Multiple births	Date of first visit for this condition / / Anticipated date to return to work / /
Dates patient was totally disabled (unable to work) From / / through / /		Dates patient was hospitalized (if applicable) From / / through / /	Surgical procedure(s) (dates/types) CPT:
Is the patient still under your care for this condition? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If "yes," are there medically necessary activity restrictions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Please specify:	Date of patient's next appointment
Printed Name of Physician		Specialty	Email
Address Street: City: State: Zip:		Phone () - () -	Fax () - () -
Signature of Physician		Date	Tax ID #

Llene completamente para evitar retrasos	Envíe el formulario: Fax: (630) 786-1674 Correo Electrónico: disability@uniteherehealth.org Correo: UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598	Para obtener ayuda, llame al: El número de membresía/de UHH en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica O, si tiene cobertura médica de Kaiser, llame al: ● (855) 321-4373 (área de D.C./Baltimore) o ● (855) 484-8480 (área de LA/OC)
---	--	--

PASO 1: COMPLETA EL EMPLEADO

Nombre del Empleado		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)		Número de Seguro Social	
		/ /		- - -	
Calle:		Teléfono		¿Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad: Estado: Código Postal:		() -		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
¿Es la discapacidad debido a su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es la discapacidad debido a un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha en que aparecieron los primeros síntomas / /	
Idioma preferido para comunicaciones de cuidados de salud <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		Correo electrónico			
Si contestó "sí" arriba, por favor proporcione Detalles del accidente:		Fecha del accidente: Hora: Lugar:		Fecha de retorno al trabajo / / <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/> Posible	
¿Es usted elegible para recibir cualquier otro ingreso (Seguro Social, Compensación Laboral, Discapacidad del Estado, Pensión, No-Fault, Planes de Discapacidad de Asociación/Individual y Continuación de Sueldo, y/o beneficios de licencia por enfermedad, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si su respuesta es "sí", adjunte una copia de la carta de adjudicación O provea los tipos de beneficios, cantidad, frecuencia, teléfono y número de identificación de la fuente (adjunte un papel por separado si es necesario).			
Por la presente certifico que estas declaraciones son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidado médico, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, empleador o administrador del plan de beneficios de proporcionar a UNITE HERE HEALTH o cualquier agente, abogado, agencia de informes al consumidor o administrador independiente que actúe en su nombre, con cualquier información relacionada con asesoría médica, cuidado o tratamiento proporcionado al paciente y cualquier información relacionada con el empleo. Si opté por mensajes de texto al marcar "Sí" en el campo telefónico anterior, yo comprendo que los mensajes de texto no están encriptados/protegidos. Yo entiendo que dicha información se utilizará para evaluar mi reclamo de beneficios y que yo, o mi representante, recibiremos una copia de esta autorización de ser solicitado. Una fotocopia de este formulario será tan efectiva y válida como la original.					
Firma del Empleado:				Fecha:	

PASO 2: COMPLETA EL EMPLEADOR

Nombre del Empleador		Título del Puesto del Empleado		Horas Normales Laboradas Por Semana	
Dirección Calle:		Último Día Real Laborado		Fecha de Contratación del Empleado	
Ciudad: Estado: Código Postal:		/ / (horas)		/ /	
¿Es la discapacidad debido a su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se puede modificar el trabajo del empleado para permitir su retorno al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tal vez, dependiendo de las restricciones		Fecha en que el empleado regresó al trabajo / / <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo	
		Tipo de Empleado: <input type="checkbox"/> Regular por Hora <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Long End		Tarifa por Hora del Empleado (No incluye bonos, horas extras o comisiones)	
		Fecha Efectiva del Último Cambio Salarial / /		\$	
Yo certifico que he revisado la información anterior y que el empleado nombrado ha sido un empleado activo para quien se han pagado contribuciones.					
Firma del Empleador Autorizado:		Fecha:		Título:	
Nombre Escrito:		Correo Electrónico:		Teléfono: Fax:	
		() -		() -	

PASO 3: COMPLETA EL MÉDICO

Diagnóstico(s)			Los código(s) de IDC-10		
Es la discapacidad del paciente debido a Empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Embarazo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la discapacidad se debe al embarazo, indique la fecha de parto / / <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/> Estimada		Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Partos múltiples	
Fechas en que el paciente estaba totalmente discapacitado (incapaz de trabajar) A partir de / / hasta / /		Fechas en que el paciente fue hospitalizado (si es aplicable) A partir de / / hasta / /		Fecha de la primer visita para esta condición / / Fecha prevista para volver al trabajo / /	
¿Está el paciente todavía bajo su cuidado para esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "sí", ¿hay restricciones de actividad médicamente necesarias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de la próxima cita del paciente	
Nombre Escrito del Médico			Especialidad		Correo Electrónico
Dirección Calle:			Teléfono		Fax
Ciudad: Estado: Código Postal:			() -		() -
Firma del Médico:			Fecha		Núm. de Identificación Tributaria (Tax ID #)



UNITE HERE
HEALTH

Short-Term Disability Guide

Speed up the process

UNITE HERE HEALTH (UHH)

1



Tips

- File your claim immediately
- Get your form at www.uhh.org
- Fill out form completely
- Make sure** your doctor submits **all** progress notes/records to UHH **until** you get a release back to work

2



Coverage begins

- **Day 1** — accident/injury
- **Day 8** — pregnancy/sickness

3

For help, call:

The UHH/member number on the back of your medical ID card

Or, if you have Kaiser medical, call:

- (855) 321-4373
(D.C./Baltimore area) or
- (855) 484-8480 *(LA/OC area)*



4



Fax your forms to: (630) 786-1674

Write on the first page:

Attention — Disability Claims

Subject — Your name, medical ID #

5



Remember:

- Benefits are for members only
- Weekly payment and covered time are based on contract
 - 1st payment mailed within 14 days after UHH gets claim
 - Taxes are taken out of benefit check
- Don't apply if you've been injured at work

6



Special cases

- **Pregnancy** — starts 8th day after delivery; if you can't work before delivery, your doctor must submit documentation
- **Intermittent illness** — a chronic illness that happens randomly may be considered as multiple disability periods; 7-day waiting period applies to each new disability period

7



Tear off and give to your doctor

Providers: fax clinical file for patient's entire disability period, including:

- Detailed office visit notes describing deficits preventing patient from working
- Progress notes with objective measurements
- Treatment plan (including physical/occupational therapy notes), follow-up visits, and planned procedures
- Estimated return-to-work date (with restrictions/time limits)
- Hospital discharges (if applicable)

Fax to (630) 786-1674

Attention: Disability Claims; Subject: patient name, medical ID #

8



UNITE HERE
HEALTH

Guía para Discapacidad a Corto Plazo

Acelere el proceso
UNITE HERE HEALTH (UHH)

1



Consejos o sugerencias

- Presente su reclamo inmediatamente
- Obtenga su formulario en www.uhh.org
- Complete el formulario en su totalidad
- Asegúrese** de que su médico envíe **todas** las notas/registros del progreso a UHH **hasta** que usted reciba una autorización para regresar al trabajo

2



La cobertura comienza

- **Día 1** — accidente/lesión
- **Día 8** — embarazo/enfermedad

3

Para obtener ayuda, llame al:

El número de membresía/de UHH en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica

O, si tiene cobertura médica de Kaiser, llame a:

- (855) 321-4373
(área de D.C./Baltimore) o
- (855) 484-8480 (área de LA/OC)



4



Envíe sus formularios por fax a: (630) 786-1674

Escriba en la primera página:

- Atención** — Disability Claims
- Asunto** — Su nombre, # de Identificación médica

5



Recuerde:

- Los beneficios son únicamente para miembros
- El pago semanal y el tiempo cubierto se basan en el contrato
 - El primer pago se envía por correo en un plazo de 14 días después de que UHH reciba el reclamo
 - Los impuestos son descontados del cheque de beneficios
- No aplique si se ha lesionado en el trabajo

6



Casos especiales

- **Embarazo** — comienza en el octavo día después del parto; si usted no puede trabajar antes de su parto, su médico debe presentar documentación
- **Enfermedad recurrente** — una enfermedad crónica que sucede al azar puede considerarse como períodos de discapacidad múltiples; el período de espera de 7 días se aplica a cada nuevo período de discapacidad

7



Arránquelo y entrégueselo a su médico

Providers: fax clinical file for patient's entire disability period, including:

- Detailed office visit notes describing deficits preventing patient from working
- Progress notes with objective measurements
- Treatment plan (including physical/occupational therapy notes), follow-up visits, and planned procedures
- Estimated return-to-work date (with restrictions/time limits)
- Hospital discharges (if applicable)

Fax to (630) 786-1674

Attention: Disability Claims; Subject: patient name, medical ID #

8