UNITE HERE HEALTH

Short-Term Disability
Your step-by-step guide

FILING A CLAIM

Short-Term Disability *(STD)* provides money when you can't work due to an illness or disability **not** caused by your job. **File your claim as soon as the disability begins** *(the first day you don't work)*. For work-related illness or injury, apply for Workers' Compensation through your employer.

1. **Go to www.uhh.org** and select your plan unit's page *(under plans)*. The **Short-Term Disability Form** is near the bottom.
2. **Fill out form completely** — make sure you, your employer, and your doctor don't leave anything blank.
3. **Ask your doctor to notify us in writing of any changes to your disability date** until you're cleared to return to work.

COVERAGE BEGINS

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

**Does not apply to Greater Boston Local 26 Health Plan Unit 108*
See your Summary Plan Description (SPD) for this plan unit's rules

FAX YOUR FORMS: (630) 786-1674

- Include on the first page:
  - » **Attention** — Disability Claims
  - » **Subject —** Your name and member ID #

REMEMBER

Do not submit forms unless all fields are fully completed!

- Benefits are for members only
- Weekly payment and covered time are based on contract
- Claims are processed within 15 days of receiving a **fully** completed form
- Taxes are taken out of benefit check *(when applicable)*
- Don't apply if you've been injured at work

YOUR DOCTOR

Upon request, your healthcare provider must fax the clinical file for your entire disability period, including:

- Detailed office visit notes that explain what prevents you from working
- Progress notes with objective measurements
- Your complete 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 and member ID #

SPECIAL CASES

- **Pregnancy —** starts 8th day after delivery. If you can't work before delivery, your doctor must submit clinical documentation to support medical necessity.
- **Multiple Disability Periods —** must be separated by 1 day for unrelated diagnosis or a 2-week return to work for related diagnosis. Your employer must verify dates.
- **Submitting Your Form Early**—If you submit your form before your 1st date of disability or last actual date of work, we will require written verification from your employer and/or doctor **after** your disability begins.

UNITE HERE HEALTH

Short-Term Disability Form

For all Aurora Plan Units
Updated: 4/30/25

ALL SECTIONS MUST BE SIGNED & FULLY COMPLETED!

Incomplete forms will not be accepted. To avoid delay, ensure all fields are completed.

Submit your form by:

Fax: (630) 786-1674
Mail: UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598
Email: disability@uhh.org *(Email is not always private/secure – keep this in mind before emailing us.)*

FOR HELP, CALL:

» The UNITE HERE HEALTH/member number on the back of your medical (PPO) ID card

» Or, if you have Kaiser/Harvard Pilgrim medical, visit **www.uhh.org** to find the Member Services phone number for your plan

STEP 1: YOU (EMPLOYEE) COMPLETE — ALL FIELDS MUST BE COMPLETED!

Employee Name	Member ID #/Social Security #	Sex ❑ Male ❑ Female

Date of Birth (mm/dd/yyyy) / /	Phone ( ) -	Email

Street Address/Apartment #	City	State	Zip

Is disability due to an accident? ❑ Yes ❑ No
Date / /
Time
Place

If yes, what happened? — REQUIRED!

Is disability due to work-related illness or injury? ❑ Yes ❑ No

Have you filed *(or plan to file)* a workers' comp claim? ❑ Yes ❑ No

Employment-related means an injury or illness that happened at work and/or was a direct result of your work duties.

EMPLOYEE — PLEASE SIGN HERE! X

Date — REQUIRED! / /

By signing above, I agree that:
- These statements are true and complete.
- I give my permission to my employer and providers to share any and all information needed by UNITE HERE HEALTH to assess, manage, and/or administer my claims for benefits.

And I understand that:
- My information will be shared when required by law.
- I can revoke this permission at any time.
- I can receive a copy of this form when requested. A photocopy is as effective and valid as the original.

STEP 2: YOUR EMPLOYER COMPLETES — ALL FIELDS MUST BE COMPLETED!

Employer/**Company** Name	Employer/**Company** Street Address

City	State	Zip	Is the disability due to employment? ❑ Yes ❑ No

Actual Last Day Worked — REQUIRED! / /	**Employee Job Title — REQUIRED!**	**If yes, has workers' compensation been filed?** ❑ Yes ❑ No

Can employee's job be modified to return to work? ❑ Yes ❑ No ❑ Maybe *(with restrictions)*

If maybe, list restrictions that can't be modified

Has employee returned to work? If so, what date? / /

Authorized Employer/Human Resources Signature — REQUIRED! ❯❯❯	**Date — REQUIRED!** / /	Email

Printed Name	Title	Phone ( ) -	Fax ( ) -

I certify that I have reviewed the above information and the employee named has been an active employee for whom contributions have been paid.

STEP 3: YOUR DOCTOR COMPLETES — ALL FIELDS MUST BE COMPLETED!

❑ New disability
❑ Extension request

ICD-10 diagnosis codes

Diagnosis(es)

Date of first visit for condition / /

Is patient's disability due to:

	Employment?	*Pregnancy?*
	❑ Yes	❑ Yes
	❑ No	❑ No

If due to pregnancy, provide estimated **delivery date** / /

Delivery type ❑ Vaginal ❑ C-Section

Dates patient was hospitalized *(if applies)* **From** / / **to** / /

Dates of treatment for this condition **From** / / **to** / /

Dates patient was totally disabled *(couldn't work)* **— REQUIRED!** **From** / / **to** / /

Surgical procedure(s)
CPT code(s): ***Date*** / /

Is the patient still under your care for this condition? ❑ Yes ❑ No

List work/activity restrictions for disability — REQUIRED!

Date of patient's next appointment / /

Anticipated date to return to work / /

Printed Name — REQUIRED!	Specialty	**Phone — REQUIRED!** ( ) -	**Fax** ( ) -

Street Address	City	State	Zip	**NPI # — REQUIRED!**

Physician Signature — REQUIRED! ❯❯❯	**Date — REQUIRED!** / /	Email

UNITE HERE HEALTH

Incapacidad a corto plazo

Su guía paso a paso

PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

La incapacidad a corto plazo *(STD, por sus siglas en inglés)* le otorga dinero cuando no puede trabajar debido a una enfermedad o discapacidad **no** causada por su trabajo. **Presente su reclamo tan pronto como comience la incapacidad** *(el primer día que no trabaja)*. Para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, solicite la Compensación para Trabajadores a través de su empleador.

1. **Viste www.uhh.org** y seleccione la página de la unidad de su plan *(bajo Planes)*. El **formulario de incapacidad a corto plazo** se encuentra cerca de la parte inferior.
2. **Complete el formulario en su totalidad:** asegúrese de que usted, su empleador y su médico no dejen nada en blanco.
3. **Pídale a su médico que nos notifique por escrito sobre cualquier cambio en su fecha de incapacidad** hasta que le permitan regresar a trabajar.

LA COBERTURA COMIENZA

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

**No aplica a Greater Boston Local 26 Health Plan Unit 108. Consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para conocer las reglas de esta unidad del plan.*

ENVÍE SUS FORMULARIOS POR FAX: (630) 786-1674

- Incluya en la primera página:
  - » **Atención:** Disability Claims *(reclamaciones por discapacidad)*
  - » **Asunto:** Su nombre y número de identificación de miembro

RECUERDE

¡ No envíe los formularios a menos que todos los campos estén completamente llenos!

- Los beneficios son solo para miembros
- El pago semanal y el tiempo cubierto se basan en el contrato.
- Las reclamaciones se procesan dentro de los 15 días posteriores a la recepción de un formulario **completamente llenos**.
- Los impuestos se descuentan del cheque de beneficios *(cuando corresponde)*
- No presente su solicitud si ha sufrido una lesión en el trabajo

SU MÉDICO

A solicitud, su proveedor de atención médica debe enviar por fax el expediente clínico correspondiente a todo su período de incapacidad, incluyendo:

- Notas detalladas de la visita al consultorio que explican lo que le impide trabajar
- Notas de progreso con mediciones objetivas
- Su plan de tratamiento completo *(incluyendo notas de fisioterapia y terapia ocupacional)*, visitas de seguimiento y procedimientos planificados.
- Fecha estimada de regreso al trabajo *(con restricciones/límites de tiempo)*
- Altas hospitalarias *(si aplica)*

Fax al (630) 786-1674

- » **Atención:** Disability Claims *(reclamaciones por discapacidad)*
- » **Asunto:** Nombre del paciente y no. de identificación del miembro

CASOS ESPECIALES

- **Embarazo:** comienza el octavo día después del parto. Si no puede trabajar antes del parto, su médico debe presentar documentación clínica que respalde la necesidad médica.
- **Períodos de incapacidad múltiples:** deben estar separados por un día en el caso de un diagnóstico no relacionado o por un período de reincorporación al trabajo de dos semanas en el caso de un diagnóstico relacionado. Su empleador debe verificar las fechas.
- **Presentación anticipada de su formulario:** si presenta su formulario antes de su primera fecha de incapacidad o su última fecha real de trabajo, necesitaremos una verificación por escrito de su empleador o médico **después** de que comience su incapacidad.

UNITE HERE HEALTH

Formulario de discapacidad a corto plazo

Para todas las unidades de Aurora Plan

Actualizado: 30/04/2025

¡DEBEN FIRMARSE Y COMPLETARSE TODAS LAS SECCIONES EN SU TOTALIDAD!

No se aceptarán formularios ilegibles. Para evitar retrasos, por favor asegúrese de completar todos los campos.

Envíe su formulario por:

Fax: (630) 786-1674

Correo postal: UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598

Correo electrónico: disability@uhh.org *(el correo electrónico no siempre es privado/seguro; tenga esto en cuenta antes de enviarnos un correo electrónico.)*

PARA OBTENER AYUDA, LLAME:

» Al número de HEALTH/miembro que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación médica (PPO).

» O, si cuenta con cobertura médica de Kaiser/Tufts, visite **www.uhh.org** para buscar el número de teléfono de Servicios a los Miembros de su plan.

PASO 1: A SER COMPLETADO POR USTED (EMPLEADO) — ¡DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS!

Nombre del empleado		No. de ID del miembro/No. de Seguro Social	Sexo ❑ Masculino ❑ Femenino
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	Teléfono ( ) -	Correo electrónico	
Dirección/Nº de apartamento		Ciudad / Estado	Código postal

¿La discapacidad se debe a un accidente? ***Si la respuesta es sí, ¿qué ocurrió?* — ¡REQUERIDO!**

❑ Sí ❑ No

Fecha / /

Hora

Lugar

¿La discapacidad se debe a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo?

❑ Sí ❑ No

¿Ha presentado *(o planea presentar)* una reclamación de compensación de trabajadores?

❑ Sí ❑ No

Relacionada con el empleo significa una lesión o enfermedad que ocurrió en el trabajo y/o fue el resultado directo de sus deberes laborales.

EMPLEADO — ¡POR FAVOR FIRME AQUÍ! *X*

Fecha — ¡REQUERIDO! / /

Al firmar más abajo, acepto que:

- Estas declaraciones son verdaderas y completas.
- Doy mi permiso a mi empleador y proveedores para compartir toda la información que UNITE HERE HEALTH necesita para evaluar, gestionar y/o administrar mis reclamaciones de beneficios.

Y entiendo que:

- Mi información será compartida cuando sea requerido por ley.
- Puedo revocar este permiso en cualquier momento.
- Puedo recibir una copia de este formulario cuando lo solicite. Una fotocopia es tan eficaz y válida como el original.

PASO 2: A SER COMPLETADO POR SU EMPLEADOR — ¡DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS!

Nombre de la **empresa**/empleador		Dirección de la **empresa**/empleador	
Ciudad	Estado	Código postal	¿La discapacidad se debe al empleo? ❑ Sí ❑ No
Último día trabajado real: ¡OBLIGATORIO! / /	**Título del puesto de empleado: ¡REQUERIDO!**		**En caso afirmativo, ¿se ha presentado la compensación laboral?** ❑ Sí ❑ No

¿Se puede modificar el trabajo del empleado para regresar al trabajo? ❑ Sí ❑ No ❑ o Quizá *(con restricciones)*

Si es posible, enumere las restricciones que no se pueden modificar.

¿El empleado ha vuelto al trabajo? Si es así, ¿en qué fecha? / /

Firma autorizada del empleador/recursos humanos: ¡REQUERIDA!	**Fecha — ¡REQUERIDO!** / /	Correo electrónico:
Nombre en letra de imprenta	Cargo	Teléfono ( ) - / Fax ( ) -

Certifico que he revisado la información anterior y que el empleado indicado ha sido un empleado activo por el que se han pagado contribuciones.

PASO 3: A SER COMPLETADO POR SU MÉDICO — ¡DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS!

❑ Nueva discapacidad ❑ Solicitud de extensión	Códigos de diagnóstico ICD-10	Diagnóstico(s)	**Fecha de la primera consulta por esta condición** / /

La discapacidad del paciente se debe a: *¿Empleo?* ❑ Sí ❑ No *¿Embarazo?* ❑ Sí ❑ No

Si se debe a embarazo, indique la **fecha estimada de parto** / /

Tipo de parto ❑ Vaginal ❑ Cesárea

Fechas en que el paciente estuvo hospitalizado *(si aplica)* **Desde** / / **hasta** / /

Fechas de tratamiento por esta condición **Desde** / / **hasta** / /

Fechas en que el paciente estuvo totalmente discapacitado *(no podía trabajar)* **— ¡REQUERIDO!** **Desde** / / **hasta** / /	Procedimiento(s) quirúrgico(s) *Código(s) CPT* ***Fecha*** / /	¿El paciente todavía está bajo su cuidado por esta condición? ❑ Sí ❑ No
Enumere las restricciones de trabajo/actividad por discapacidad: ¡REQUERIDO!	Fecha de la próxima cita del paciente / /	Fecha prevista para volver al trabajo / /

Nombre en letra de imprenta:¡REQUERIDO!	Especialidad		**Teléfono — ¡REQUERIDO!** ( ) -	**Fax** ( ) -
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	**NPI # — ¡REQUERIDO!**
Firma del médico — ¡REQUERIDA!	**Fecha — ¡REQUERIDO!** / /	Correo electrónico:		