

**ALL SECTIONS MUST BE SIGNED & FULLY COMPLETED!** **FOR HELP, CALL:**

**Incomplete forms will not be accepted.**  
**To avoid delay, please 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  
*(We're always careful with your personal information but email is not always private or secure — keep this in mind before emailing UNITE HERE HEALTH.)*

» The UNITE HERE HEALTH/member number on the back of your medical (PPO) ID card  
» Or, if you have Kaiser/Tufts 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 #		Date of Birth (mm/dd/yyyy) / /	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Street Address		City		State	Zip
Email		Phone ( ) -	Language Preference for Healthcare Communications <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:		
Date symptoms first appeared / /	Is disability due to an accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, what happened?		Is disability due to work-related illness or injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you filed (or do you plan to file) a workers' comp claim? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Return to work date / /	Date / /	If "yes," attach a copy of award letter OR supply type of benefits, amount, frequency, phone, and identification number of source (attach a separate paper if needed)			
<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Possible	Place				
By signing below, I agree that: <ul style="list-style-type: none"> <li>These statements are true and complete.</li> <li>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.</li> </ul>			And I understand that: <ul style="list-style-type: none"> <li>My information will be shared when required by law.</li> <li>I can revoke this permission at any time.</li> <li>I can receive a copy of this form when requested.</li> </ul> A photocopy is as effective and valid as the original.		
<b>Employee Signature — REQUIRED!</b>					Date / /

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

Employer Name		Employee Job Title		Actual Last Day Worked / /	
Street Address		City		State	Zip
Is disability due to employment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, has a workers' comp claim been filed? <input type="checkbox"/> Yes (submit copy with form) <input type="checkbox"/> No		Can employee's job be modified to return to work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe (with restrictions)		Date employee returned to work / /
Please include job description and list of restrictions that can't be modified					
I certify that I have reviewed the above information and the employee named has been an active employee for whom contributions have been paid.					
<b>Authorized Employer Signature — REQUIRED!</b>			Date / /	Email	
Printed Name		Title		Phone ( ) -	Fax ( ) -

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

<input type="checkbox"/> New disability <input type="checkbox"/> Extension request	Diagnosis(es)		ICD-10 diagnosis codes		Date of first visit for condition / /
Is patient's disability due to: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Employment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dates patient was totally disabled (couldn't work) — REQUIRED! From / / to / /		Dates of treatment for this condition / / / / / / / /
If due to pregnancy, provide delivery date / /		Delivery type <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-Section	Surgical procedure(s) CPT code(s): CPT code(s): CPT code(s):		
<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Estimated			Date / / Date / / Date / /		
Is the patient still under your care for this condition? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If "yes," are there any activity restrictions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Please specify restrictions		Date of patient's next appointment / /	Anticipated date to return to work / /
<b>Physician Signature — REQUIRED!</b>			Date / /	Email	
Printed Name		Specialty		Phone — REQUIRED! ( ) -	Fax — REQUIRED! ( ) -
Street Address		City		State	Zip
				Tax ID #	

**¡DEBEN FIRMARSE Y COMPLETARSE TODAS LAS SECCIONES EN SU TOTALIDAD! PARA OBTENER AYUDA, LLAME:**

<b>No se aceptarán formularios ilegibles.</b>	<b>Envíe su formulario por:</b>	<b>Correo electrónico:</b> disability@uhh.org <i>(Nosotros tratamos su información personal con sumo cuidado, pero el correo electrónico no siempre es privado o seguro; tenga esto en cuenta antes de enviar un correo electrónico a UNITE HERE HEALTH).</i>	» Al número de HEALTH/miembro que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación médica (PPO).
<b>Para evitar retrasos, por favor asegúrese de completar todos los campos.</b>	<b>Fax:</b> (630) 786-1674		» O, si cuenta con cobertura médica de Kaiser/Tufts, visite <a href="http://www.uhh.org">www.uhh.org</a> para buscar el número de teléfono de Servicios a los Miembros de su plan.
	<b>Correo postal:</b> UNITE HERE HEALTH P.O. Box 6020 Aurora, IL 60598		

**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		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Correo electrónico		Teléfono ( ) -		Preferencia de idioma para las comunicaciones de atención médica <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha en que aparecieron los primeros síntomas / /	¿La discapacidad se debe a un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿qué ocurrió?		¿Ha presentado (o piensa presentar) una reclamación de compensación de trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de regreso al trabajo / /	Fecha / / Hora Lugar		¿La discapacidad se debe a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "sí", adjunte una copia de la carta de adjudicación O proporcione el tipo de beneficios, cantidad, frecuencia, teléfono y número de identificación de la fuente (adjunte una hoja aparte si es necesario).
Al firmar más abajo, acepto que: ■ Estas declaraciones son verdaderas y completas. ■ Doy permiso a mi empleador y a los proveedores para que compartan cualquier y toda información que UNITE HERE HEALTH necesite a fin de 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.			

<b>Firma del empleado — ¡REQUERIDA!</b>	<b>Fecha</b> / /
---	---------------------

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

Nombre del empleador		Cargo del empleado		Último día de trabajo efectivo / /	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
¿La discapacidad se debe al empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿se ha presentado una reclamación de compensación de trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí (presente copia con el formulario) <input type="checkbox"/> No		¿Se puede modificar el trabajo del empleado para que este regrese a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizá (con restricciones)		Fecha en que el empleado regresó al trabajo / /

Por favor incluya una descripción del trabajo y una lista de restricciones que no se pueden modificar.

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

<b>Firma del empleador autorizado — ¡REQUERIDA!</b>	<b>Fecha</b> / /	Correo electrónico
---	---------------------	--------------------

Nombre en letra de imprenta	Cargo	Teléfono ( ) -	Fax ( ) -
-----------------------------	-------	-------------------	--------------

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

<input type="checkbox"/> Nueva discapacidad <input type="checkbox"/> Solicitud de extensión	Diagnóstico(s)		Códigos de diagnóstico ICD-10		Fecha de la primera consulta por esta condición / /
La discapacidad del paciente se debe a: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Fechas en que el paciente estuvo totalmente discapacitado (no podía trabajar) — ¡REQUERIDO!</b> Desde / / hasta / /		<b>Fechas en que el paciente estuvo hospitalizado (si corresponde)</b> Desde / / hasta / /		Fechas de tratamiento por esta condición / / / / / / / /
Si se debe a embarazo, indique la fecha de parto / / <input type="checkbox"/> Efectiva <input type="checkbox"/> Estimado	Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	Procedimiento(s) quirúrgico(s) Código(s) CPT Código(s) CPT Código(s) CPT		Fecha / / Fecha / / Fecha / /	
¿El paciente todavía está bajo su cuidado por esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "sí", ¿existe alguna restricción de actividad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor especifique las restricciones		Fecha de la próxima cita del paciente / /	Fecha prevista para volver al trabajo / /

<b>Firma del médico — ¡REQUERIDA!</b>	<b>Fecha</b> / /	Correo electrónico
---------------------------------------	---------------------	--------------------

Nombre en letra de imprenta	Especialidad	<b>Teléfono — ¡REQUERIDO!</b> ( ) -	<b>Fax — ¡REQUERIDO!</b> ( ) -
-----------------------------	--------------	--	-----------------------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	No. de identificación de contribuyente
-----------	--------	--------	---------------	--