

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

- » 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 #		Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Date of Birth (mm/dd/yyyy) / /		Phone () -		Email	
Street Address/Apartment #		City		State	Zip
Is disability due to an accident? <i>If yes, what happened? — REQUIRED!</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date / / Time Place			Is disability due to work-related illness or injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Have you filed (or plan to file) a workers' comp claim? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Employment-related means an injury or illness that happened at work and/or was a direct result of your work duties.</i>

EMPLOYEE SIGNATURE — REQUIRED! >>>
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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Actual Last Day Worked — REQUIRED! / /		Employee Job Title — REQUIRED!		If yes, has workers' compensation been filed? <input type="checkbox"/> Yes <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)		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!

<input type="checkbox"/> New disability <input type="checkbox"/> Extension request		ICD-10 diagnosis codes		Diagnosis(es)		Date of first visit for condition / /		
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 due to pregnancy, provide estimated delivery date / /	Delivery type <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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			

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

PARA OBTENER AYUDA, LLAME:

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

- » 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.

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.)

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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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? <i>Si la respuesta es sí, ¿qué ocurrió? — ¡REQUERIDO!</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha / / Hora Lugar			¿La discapacidad se debe a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha presentado (o planea presentar) una reclamación de compensación de trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Relacionada con el empleo significa una lesión o enfermedad que ocurrió en el trabajo y/o fue el resultado directo de sus deberes laborales.</i>

FIRMA DEL EMPLEADO — ¡REQUERIDA! >>>

Fecha — ¡REQUERIDO!
/ /

Al firmar más abajo, acepto que: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Último día trabajado real: ¡OBLIGATORIO! / /		Título del puesto de empleado: ¡REQUERIDO!		En caso afirmativo, ¿se ha presentado la compensación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se puede modificar el trabajo del empleado para regresar al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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!

<input type="checkbox"/> Nueva discapacidad <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si se debe a embarazo, indique la fecha estimada de parto / /	Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> 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		¿El paciente todavía está bajo su cuidado por esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:		