UNITE HERE HEALTH

# Authorization for Release of Protected Health Information

**ALL SECTIONS MUST BE FULLY COMPLETED!**

This form is required if you want the Fund to share your personal information with another person or organization. This form does not allow that person or organization to make changes to your account.

**Incomplete forms WILL NOT be accepted.** To avoid delay, be sure to complete all fields. Please only submit one form per person.

***Submit your form by:***

**Fax:** (630) 236-4380

**Email:** mssupport@uhh.org
*(Please note, if you email personal information to UHH, we can't ensure it's secure or private until it's received.)*

**Mail:** UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

**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 **uhh.org** to find the Member Services phone number for your plan

Check one:

❑ I am the employee *(I get insurance coverage through my job)*

❑ I am a dependent *(I am in the employee's family, and he/she provides my coverage)*

## Step 1: Member *(Employee)* Information — REQUIRED FOR EVERYONE!

*If the authorization is for dependent information, go to Step 2. If not, go to Step 3.*

| Last Name | First Name | Middle Initial | Date of Birth (MM/DD/YY) | Member ID # | Phone |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Street | Apt # | City | State | Zip Code |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Step 2: Dependent Information — ONLY COMPLETE IF AUTHORIZATION IS FOR DEPENDENT INFORMATION!

| Full Name | Relationship to Employee | Date of Birth (MM/DD/YY) | Age | Phone |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Street | Apt # | City | State | Zip Code |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Step 3: Authorization Information — REQUIRED FOR EVERYONE!

What's the purpose of this authorization? *(check one)*:

❑ At my request

❑ For this purpose: .....

I want UNITE HERE HEALTH to discuss and/or release my health information to this person or organization:

Person/organization: .....

Phone number: .....

Relationship to me *(my sister, doctor, lawyer, etc.)*:

.....

Choose method of delivery, if applicable *(provide number/address)*:

❑ By fax to: .....

❑ By email to: .....

❑ By mail to: .....

I want UNITE HERE HEALTH to release the following information to named in this section *(check all that apply)*:

❑ ANY and ALL information

❑ Explanation of Benefits

❑ Other: .....

❑ Appeal

❑ Itemization of Lien

I want this authorization to go into effect *(check one)*:

❑ Immediately

❑ On this date *(specify)*: .....

I want this authorization to expire *(check one)*:

❑ Not until I revoke

❑ On this date *(specify)*: .....

❑ When the following event occurs: .....

.....

## Step 4: Signature and Date — REQUIRED FOR EVERYONE!

By signing this form, I authorize the use or disclosure of my/my dependent's health information as described above. I have read and understand the contents of this form.

- I understand that UNITE HERE HEALTH can't control information after it is released.
- I understand I can revoke *(cancel)* this Authorization at any time by notifying UNITE HERE HEALTH's Privacy Officer in writing, but revoking will not affect information already released. If I revoke this Authorization, additional information will not be released, except where permitted or required by law.
- I am signing this Authorization form voluntarily. If I do not sign this Authorization, my ability to obtain treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits with UNITE HERE HEALTH does not change.

| Print Name | Relationship to Employee |
|---|---|
| | ❑ Employee *(self)* ❑ Dependent ❑ Spouse |

| **REQUIRED!** Signature of person authorizing release of health information | Date |
|---|---|
| »» | |

| **FOR OFFICE USE ONLY** | Date Received | Received By | Copy Mailed On |
|---|---|---|---|
| | | | |

UNITE HERE HEALTH

# Autorización para la divulgación de Información de salud protegida

**¡TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS EN SU TOTALIDAD!**

Este formulario es necesario si desea que el Fondo comparta su información personal con otra persona u organización. Este formulario no permite que esa persona u organización realice cambios en su cuenta.

**NO se aceptarán formularios incompletos.** Para evitar demoras, asegúrese de completar todos los campos. Envíe solo un formulario por persona.

***Envíe su formulario por:***

**Fax:** (630) 236-4380

**Correo electrónico:** mssupport@uhh.org

**Correo postal:** UNITE HERE HEALTH, 711 N. Commons Dr, Aurora, IL 60504

*(Tenga en cuenta que si envía información personal por correo electrónico a UHH, no podemos garantizar que sea segura o privada hasta que la recibamos)*

**PARA OBTENER AYUDA, LLAME AL:**

- El número de miembro de UNITE HERE HEALTH que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica (PPO).
- O, si tiene cobertura médica de Kaiser/Harvard Pilgrim, visite **uhh.org** para encontrar el número de teléfono de Servicios a los miembros de su plan.

Marque uno:

❑ Soy el empleado *(obtengo cobertura de seguro a través de mi trabajo)*

❑ Soy dependiente *(soy familiar del empleado y él/ella me proporciona cobertura)*

## Paso 1: Información del miembro (empleado): ¡Obligatoria para todos!

*Si la autorización es para información de dependientes, vaya al Paso 2. De lo contrario, vaya al Paso 3.*

| Apellido | Primer nombre | Inicial del seg.nombre | Fecha de nac. (MM/DD/AA ) | No. de ID de miembro | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Calle | Apto # | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Paso 2: Información sobre dependientes: ¡Complete solo si la autorización es para información sobre dependientes!

| Nombre completo | Relación con el empleado | Fecha de nac. (MM/DD/AA) | Edad | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Calle | Apto # | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Paso 3: Información de autorización: ¡Obligatoria para todos!

¿Cuál es el propósito de esta autorización? *(marque una opción)*:

❑ A petición mía

❑ Para este propósito: .....

Deseo que UNITE HERE HEALTH discuta y/o divulgue mi información médica a esta persona u organización:

Persona/organización: .....

Número de teléfono: .....

Relación conmigo *(mi hermana, médico, abogado, etc.)*:

.....

Elija el método de envío, si corresponde *(proporcione número/dirección)*:

❑ Por fax a: .....

❑ Por correo electrónico a: .....

❑ Por correo postal a: .....

Deseo que UNITE HERE HEALTH divulgue la siguiente información a las personas nombradas en esta sección *(marque todas las que correspondan)*:

❑ TODA y CUALQUIER información ❑ Apelación

❑ Explicación de Beneficios ❑ Detalle del gravamen

❑ Otro: .....

Deseo que esta autorización entre en vigor *(marque una)*:

❑ Inmediatamente

❑ En esta fecha *(especificar)*: .....

Deseo que esta autorización expire *(marque una)*:

❑ No hasta que la revoque

❑ En esta fecha *(especificar)*: .....

❑ Cuando ocurre el siguiente evento: .....

.....

## Paso 4: Firma y fecha: ¡Obligatoria para todos!

Al firmar este formulario, autorizo el uso o la divulgación de mi información médica o la de mi dependiente según lo descrito anteriormente.

He leído y comprendido el contenido de este formulario.

- Entiendo que UNITE HERE HEALTH no puede controlar la información después de su publicación.
- Entiendo que puedo revocar *(cancelar)* esta Autorización en cualquier momento notificándolo por escrito al Responsable de Privacidad de UNITE HERE HEALTH, pero la revocación no afectará la información ya divulgada. Si revoco esta Autorización, no se divulgará información adicional, excepto cuando lo permita o exija la ley.
- Firmo este formulario de autorización de manera voluntaria. Si no firmo esta autorización, mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios de UNITE HERE HEALTH no cambia.

| Nombre impreso | Relación con el empleado | | |
|---|---|---|---|
| | ❑ Empleado *(auto)* | ❑ Dependiente | ❑ Cónyuge |

| **¡REQUERIDO!** Firma de la persona que autoriza la divulgación de información médican | Fecha |
|---|---|
| »» | |

| **SOLO PARA USO DE OFICINA** | Fecha de recepción | Recibido por | Copia enviada por correo |
|---|---|---|---|
| | | | |