

PLEASE READ CAREFULLY BEFORE FILLING OUT THIS FORM

UNITE HERE HEALTH mails documents with your protected health information (like an Explanation of Benefits) to the address of the member (*covered employee*). We also rely on information in member records when we contact you by phone.

If this could endanger you, use this form to request confidential communications. This means we'll send your important healthcare documents to an alternate address or contact you at an alternate phone number. Once we receive your completed form, we'll mail you a notice that explains if your request is approved or denied within 10 business days.

HOW TO FILL OUT THIS FORM

1. Use one form per person; fill out completely, sign, and date.
2. Your Personal Representative may request confidential communications for you. A Personal Representative is someone who has legal authority to make healthcare decisions for you (like a Power of Attorney or guardianship). Documents that prove their legal authority must be on file with UNITE HERE HEALTH or included with this form.
3. Check this box to give us a new alternate phone number or address.
4. Check this box to end a past confidential communications request.

HOW TO SUBMIT THIS FORM

» **Email:**
hipaa@uhh.org

(Please note, if you email personal information to UHH, we can't ensure it's secure or private until it's received.)

» **Fax:**
(630) 236-5286

» **Mail:**
Privacy Officer
UNITE HERE HEALTH
PO Box 5348
Oak Brook, IL 60522-5348

FOR HELP, CALL:

(630) 236-5100
and ask for the
Privacy Officer

STEP 1: MEMBER (*Employee*) INFORMATION

| | | | |
|-----------------------------------|---------|-------------------------------------|-----|
| Name | | Date of Birth (<i>mm/dd/yyyy</i>) | |
| Member ID # (<i>on ID card</i>) | Address | | |
| Phone | City | State | Zip |

STEP 2: DEPENDENT INFORMATION

| | | | |
|---|------------------------|-------------------------------------|-----|
| Name | Relationship to member | Date of Birth (<i>mm/dd/yyyy</i>) | |
| <i>Contact me at the following phone number and/or address.</i> | Address | | |
| Phone | City | State | Zip |

STEP 3: SIGNATURE

| | | |
|---------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Name of person filling out form | Relationship to member | Phone |
| Signature | | Date (<i>mm/dd/yyyy</i>) |

POR FAVOR, LEA CON CUIDADO ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO

UNITE HERE HEALTH envía por correo postal documentos con su información de salud protegida (como la Explicación de Beneficios) a la dirección del miembro (empleado cubierto). También confiamos en la información de los registros de miembros cuando nos comunicamos con usted por teléfono.

Si esto pudiera ponerlo en peligro, use este formulario para solicitar comunicaciones confidenciales. Esto significa que le enviaremos sus documentos de atención médica importantes a una dirección alternativa o que nos pondremos en contacto con usted a un número de teléfono alternativo. Una vez que recibamos su formulario completo, le enviaremos por correo un aviso explica si su solicitud ha sido aprobada o denegada dentro de los 10 días hábiles.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

1. Utilice un formulario por persona; llénelo completamente, fírmelo y póngale la fecha.
2. Su representante personal puede solicitar comunicaciones confidenciales para usted. Un representante personal es alguien que tiene autoridad legal para tomar decisiones de atención médica por usted (como un poder notarial o una tutela). Los documentos que prueben su autoridad legal deben estar archivados en UNITE HERE HEALTH o incluidos con este formulario.
3. Marque esta casilla para darnos un nuevo número de teléfono o dirección alternativos.
4. Marque esta casilla para finalizar una solicitud de comunicación confidencial anterior.

HOW TO SUBMIT THIS FORM

» Correo electrónico:

hipaa@uhh.org

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

» Fax:

(630) 236-5286

» Correo postal:

Privacy Officer
(Oficial de Privacidad)
UNITE HERE HEALTH
PO Box 5348
Oak Brook, IL 60522-5348

FOR HELP, CALL:

(630) 236-5100
y pregunte por el
Oficial de Privacidad

PASO 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (EMPLEADO)

| | | | |
|--|--------|----------------------------------|---------------|
| Nombre | | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | |
| No. de identificación de miembro (en la tarjeta de identificación) | | Dirección | |
| Teléfono | Ciudad | Estado | Código postal |

PASO 2: INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

| | | | | | |
|--|--------|-------------------------|---------------|----------------------------------|--|
| Nombre | | Relación con el miembro | | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | |
| <i>Póngase en contacto conmigo en el siguiente número de teléfono y/o dirección.</i> | | Dirección | | | |
| Teléfono | Ciudad | Estado | Código postal | | |

PASO 3: FIRMA

| | | | | | |
|--|--|-------------------------|--|--------------------|--|
| Nombre de la persona que llena el formulario | | Relación con el miembro | | Teléfono | |
| Firma | | | | Fecha (dd/mm/aaaa) | |