

# EXTENDED ELIGIBILITY APPLICATION

## SOLICITUD PARA EXTENDER EL DERECHO A LOS BENEFICIOS DE ELIGIBILIDAD

### CULINARY HEALTH FUND

Please be advised that possession of this form is not evidence of eligibility.  
 Por favor tenga en cuenta que la posesión de este formulario no comprueba la elegibilidad.

#### TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

Name of Employee _____		Date of Birth _____	Social Security No. _____	
Occupation _____		Date Employed _____	Date Last Worked _____	
Has Employee Filed for:	<input type="checkbox"/> FMLA	<input type="checkbox"/> LOA	Does Employee Qualify for:	<input type="checkbox"/> FMLA <input type="checkbox"/> LOA
Employer's Name _____		Phone No. _____		
Employer's Address _____		STREET	CITY OR TOWN	STATE
				ZIP
Date _____	Signature _____	Title _____		

#### TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE/PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO

**IMPORTANT:** Complete Employee's Statement in Full, and Be sure to Sign Employee's Signature Section  
**IMPORTANTE:** Llène completamente la declaración del empleado y asegúrese de firmar en la sección correspondiente al empleado

Name/Nombre _____		Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____		
Home Address/Dirección _____		STREET/ CALLE	CITY OR TOWN/ CIUDAD O PUEBLO	STATE/ESTADO
				ZIP/ZONA POSTAL
				PHONE #/TELÉFONO
Nature of illness or injury/Naturaleza de la enfermedad o lastimadura _____				
Name and address of Physicians consulted		1) _____		
Nombre y dirección de los médicos que consultaron		2) _____		
<b>IF HOSPITALIZED, name of hospital</b>				
<b>SI ESTUVO HOSPITALIZADO, nombre del hospital</b> _____		<b>Admitted/Ingresado</b> _____		<b>Discharged/Dado de Alta</b> _____
Date illness or injury occurred/Fecha en que ocurrió la enfermedad/lastimadura _____				
Date first treated/Fecha en que recibió tratamiento por primera vez _____				
From what date are you claiming total disability? ¿desde qué fecha está solicitando la incapacidad total? _____				

#### AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

Upon presentation of the original or a photocopy of this signed authorization, I authorize any medical professional, hospital or other medical-care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, group policyholder, employer or benefit plan administrator to provide the Culinary Health Fund or an agency, attorney, claims investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning advice, care or treatment provided the patient, employee or deceased named below, including information relating to mental illness, use of drugs or use of alcohol. I authorize my employer or benefit plan administrator to provide the Culinary Health Fund with financial or employment related information.

I understand that such information may be used by the Culinary Health Fund or an agency, attorney, claims investigative agency, or independent administrator acting on its behalf, for all purposes related to evaluating, processing, and reviewing my claim or my dependent's claim for benefits, including examining the benefits provided by the Culinary Health Fund. I understand that I or any authorized representative will receive a copy of the authorization upon request. This authorization will be valid for the entire period of my eligibility and my dependent's eligibility under the Culinary Health Fund's plan of benefits.

I hereby certify that all information provided on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

#### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Con la presentación del original o fotostática de esta autorización firmada, yo autorizo que cualquier profesional médico, hospital u otra institución médica, organización de apoyo de asegurados, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, grupo de asegurados, patrón o administrador del plan de beneficios proporcione al Culinary Health Fund o a una agencia, abogado, agencia investigadora de reclamos o administrador independiente que actúe a nombre suyo, información sobre consejos, cuidados o tratamientos que se le proporcionen al paciente, empleado o difunto nombrado a continuación, incluyendo información relacionada a enfermedades mentales, uso de drogas o alcohol. Yo autorizo a mi empleador o al administrador del plan de beneficios que proporcione al Culinary Health Fund la información financiera o laboral relacionada.

Entiendo que el Culinary Health Fund, o cualquier agencia, abogado, agencia de investigaciones de reclamos o administrador independiente que esté actuando de parte de ellos, podrá usar dicha información para todos los propósitos relacionados con la evaluación, procesamiento y revisión de mi reclamo, ó reclamo de mis dependientes para beneficios, incluyendo la evaluación de los beneficios proporcionados por el Culinary Health Fund. Entiendo que yo o cualquier representante autorizado recibirá una copia de la autorización cuando sea solicitada. Esta autorización es válida por el periodo entero durante el cual yo y mis dependientes seamos elegibles bajo el plan de beneficios del Culinary Health Fund.

Yo por esto certifico que toda la información contenida en este formulario es correcta y completa a mi entender.

Signature of Employee/Firma del Empleado \_\_\_\_\_

Date/Fecha \_\_\_\_\_

RETURN COMPLETED FORM TO: CULINARY HEALTH FUND  
 1901 LAS VEGAS BLVD., SOUTH SUITE 107  
 LAS VEGAS, NV 89104-1309  
 (702) 733-9938

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN**  
All portion of this form **MUST** be completed.

Patient name: \_\_\_\_\_

Diagnosis and concurrent conditions: \_\_\_\_\_

When did patient first consult you for this condition? \_\_\_\_\_

Give dates of treatment:

Office \_\_\_\_\_

Home \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Nursing Home \_\_\_\_\_

Is this patient totally disabled? Yes  No  If YES,  Permanent  Temporary

On what date did disability begin? \_\_\_\_\_

What limitations do you place on the patient's activities? \_\_\_\_\_

Estimated length of disability (please be specific): \_\_\_\_\_ Days

\_\_\_\_\_ Weeks

\_\_\_\_\_ Months

\_\_\_\_\_ Years

Additional comments on patient's condition: \_\_\_\_\_

I hereby certify that all information provided on this form is accurate to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
PRINT PHYSICIAN'S NAME

\_\_\_\_\_  
PHYSICIAN'S SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

Address \_\_\_\_\_  
STREET CITY OR TOWN STATE ZIP

Phone #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_ TIN \_\_\_\_\_

RETURN COMPLETED FORM TO: CULINARY HEALTH FUND  
1901 LAS VEGAS BLVD., SOUTH SUITE 107  
LAS VEGAS, NV 89104-1309  
(702) 733-9938