

Culinary Health Fund

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE PÉRDIDA DE TIEMPO

Esta es una lista de verificación para guiarlo en sus beneficios de Pérdida de Tiempo. Sus beneficios serán demorados si los documentos no están correctos y completos.

- ✓ Todos los beneficios de Pérdida de Tiempo están limitados a un máximo de 13 semanas.
- ✓ PARTE 1 – debe ser completada por el médico que trató o está tratando la(s) herida(s) o enfermedad(es), **sin incluir los PhDs** (vea el SPD para la definición de doctor). **Los proveedores no pueden cobrarle al paciente por completar los formularios LOT.**
- ✓ PARTE 2 – debe ser completada por su patrón. Por favor haga que su Departamento de Recursos Humanos (no su supervisor) complete el formulario.
- ✓ Las partes 1 y 2 deben ser completadas y devueltas a nosotros para procesar sus reclamos.
- ✓ Las fechas de incapacidad en las partes 1 y 2 deben ser la misma.
- ✓ Por favor asegúrese que todos los formularios estén **COMPLETOS.**
- ✓ Los beneficios de enfermedad y lesión no comenzarán hasta que usted sea tratado, visto e incapacitado por su médico.
- ✓ Los beneficios de lesión comienzan el primer día de la licencia de incapacidad **(incluye beneficios de maternidad por parto).**
- ✓ Los beneficios por enfermedad comienzan el octavo día de la licencia de incapacidad.
- ✓ Un informe debe ser presentado si la enfermedad/la lesión involucra a la policía o a la seguridad.
- ✓ Si a usted lo regresan a trabajar solamente para un trabajo liviano, y el trabajo liviano no está disponible a través de su patrón, su médico debe continuar con sus fechas de licencia. Una carta de verificación de su patrón puede ser necesaria.
- ✓ **Si sus fechas de licencia cambian después que los formularios han sido presentados, nuevos formularios serán requeridos, por lo tanto presente los formularios lo más cercano posible a sus fechas de licencia.**
- ✓ No pagamos pérdida de tiempo sobre condiciones relacionadas con el trabajo.
- ✓ Los beneficios de Pérdida de Tiempo son un pago semanal de \$300 menos los impuestos FICA, que son iguales a \$277.05.

PÉRDIDA DE TIEMPO – PARTE 1

UNITE HERE HEALTH

Por favor tenga en cuenta que la posesión de este formulario no comprueba la elegibilidad.

INSTRUCCIONES: ESTE ES EL FORMULARIO 1 DE 2 PARA LOS BENEFICIOS DE PÉRDIDA DE TIEMPO. EL EMPLEADO COMPLETA Y FIRMA ESTA SECCIÓN Y LUEGO ENTREGA EL FORMULARIO AL MÉDICO. LOS PROVEEDORES NO PUEDEN COBRARLE AL PACIENTE POR COMPLETAR LOS FORMULARIOS LOT.

Nombre del Empleado _____	Fecha de Nacimiento _____		
Núm. de Seguro Social _____	Teléfono _____		
Dirección _____			
CALLE	CIUDAD O PUEBLO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al presentar el original o fotostática de esta autorización firmada, yo autorizo que cualquier profesional médico, hospital u otra institución médica, organización de apoyo del seguro, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, grupo de asegurados, patrón o administrador del plan de beneficios proporcione al UNITE HERE HEALTH 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 al patrón o al administrador del plan de beneficios que proporcione al UNITE HERE HEALTH la información financiera o laboral relacionada.

Entiendo que el UNITE HERE HEALTH, o cualquier agencia, abogado, agencia de investigaciones de reclamos o administrador independiente que esté actuando a nombre suyo, podrá usar dicha información para todos los propósitos relacionados con la evaluación, procesamiento y revisión de mis reclamos de beneficios, incluyendo la evaluación de los beneficios proporcionados por el UNITE HERE HEALTH. Entiendo que yo o cualquier representante autorizado recibirá una copia de la autorización cuando sea solicitada. Esta autorización es válida por un mínimo de un año.

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

Firma del Empleado (El empleado DEBE firmar)

Fecha

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Patient's name: _____

Diagnosis: _____ ICD-9: _____

Is condition due to illness or injury arising from patient's employment? NO YES

Is condition due to accident? NO YES

Is condition a behavioral health condition? NO YES (REMINDER: form must be signed by an MD)

Date of first treatment: _____ (mm / dd / yy) Dates of subsequent treatments: _____ (mm / dd / yy) (patient must be under regular continuous care of MD)

Date medically disabled by physician: _____ (mm / dd / yy) Expected return to work date: _____ (mm / dd / yy)

If disabled due to pregnancy, give expected date of confinement: _____ (mm / dd / yy)

Surgical procedure performed: _____

Date of surgery: _____ (mm / dd / yy)

Are there any complications that have delayed return to work? NO YES If YES, please be specific (office notes may be requested): _____

Can this employee currently perform the regular duties of his/her job? NO YES If NO, is the inability to perform the job duties Permanent Temporary

Patient released for: light duty after _____ weeks full duty after _____ weeks

Please Print Physician's Name: _____ Phone No. _____

Address: _____ Fax No. _____

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

PHYSICIAN'S SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

**DEVUELVA EL FORMULARIO
COMPLETO A:**

CULINARY HEALTH FUND
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107
LAS VEGAS, NV 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

PÉRDIDA DE TIEMPO – PARTE 2

UNITE HERE HEALTH

Por favor tenga en cuenta que la posesión de este formulario no comprueba la elegibilidad.
Los beneficios de Pérdida de Tiempo están explicados en su SPD.

INSTRUCCIONES: ESTE ES EL FORMULARIO 2 DE 2 PARA LOS BENEFICIOS DE PÉRDIDA DE TIEMPO. EL EMPLEADO COMPLETA Y FIRMA ESTA SECCIÓN Y LUEGO ENTREGA EL FORMULARIO A SU PATRÓN.

Nombre del Empleado _____	Fecha de Nacimiento _____						
Núm. de Seguro Social _____	Ocupación _____	Núm. del Local _____					
Preferencia de Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	Dirección de Correo Electrónico _____						
Dirección _____							
CALLE	CIUDAD O PUEBLO	ESTADO	ZONA POSTAL	TELÉFONO			
Naturaleza de la enfermedad/lastimadura _____			Fecha del accidente o inicio de la enfermedad/lastimadura _____		Fecha del tratamiento por primera vez _____		
¿Cómo ocurrió la enfermedad/lastimadura? _____			Si la enfermedad/lesión compromete a la policía o a la seguridad, por favor incluya un informe.				
¿En dónde ocurrió la enfermedad/lastimadura? _____							
¿Ocurrió la enfermedad/lastimadura en el transcurso de cualquier empleo?:			<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Si contestó "SÍ", usted tiene que presentar un reclamo a su Patrón.		
Nombre y dirección de los Médicos consultados			1) _____				
			2) _____				
SI ESTUVO HOSPITALIZADO,			Nombre del hospital _____			Admitido _____	Dado de alta _____

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al presentar el original o fotostática de esta autorización firmada, yo autorizo que cualquier profesional médico, hospital u otra institución médica, organización de apoyo del seguro, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, grupo de asegurados, patrón o administrador del plan de beneficios proporcione al UNITE HERE HEALTH, 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 patrón o al administrador del plan de beneficios que proporcione UNITE HERE HEALTH la información financiera o laboral relacionada.

Entiendo que el UNITE HERE HEALTH, o cualquier agencia, abogado, agencia de investigaciones de reclamos o administrador independiente que esté actuando a nombre suyo, podrá usar dicha información para todos los propósitos relacionados con la evaluación, procesamiento y revisión de mis reclamos de beneficios, incluyendo la evaluación de los beneficios proporcionados por el UNITE HERE HEALTH. Entiendo que yo o cualquier representante autorizado recibirá una copia de la autorización cuando sea solicitada. Esta autorización es válida por un mínimo de un año.

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

Firma del Empleado (El empleado DEBE firmar)

Fecha

EMPLOYER'S STATEMENT (PAYROLL DEPARTMENT)

Employee's name: _____		
Social Security Number: _____	Last physical day employee worked: _____	
	mm / dd / yy	
Has employee returned to work? <input type="checkbox"/> YES	If YES, date returned to work: _____	Employee number: _____
	mm / dd / yy	
<input type="checkbox"/> NO	If NO, date expected to return to work: _____	
	mm / dd / yy	
Has a Worker's Compensation Claim been filed for this illness/injury? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Employer's name: _____	E-mail address: _____	
Address: _____		
Contact name: _____	Phone number: _____	E-mail: _____
Human Resources Dept. signature: _____		
Title: _____	Date: _____	

DEVUELVA EL FORMULARIO
COMPLETO A:

CULINARY HEALTH FUND
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH, SUITE 107
LAS VEGAS, NV 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org