

## 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
<b>Is disability due to an accident?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Date</b> / / <b>Time</b> <b>Place</b>			<b>Is disability due to work-related illness or injury?</b> <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>		<b>Have you filed (or plan to file) a workers' comp claim?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

## 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 checked="" type="checkbox"/> New disability <input type="checkbox"/> Extension request		ICD-10 diagnosis codes F10.20		Diagnosis(es) Alcohol use disorder		Date of first visit for condition 03/27/25	
Is patient's disability due to:	Employment? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pregnancy? <input checked="" 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 03/27/25 to 5/11/25	
Dates patient was totally disabled (couldn't work) — REQUIRED! From 03/27/25 to 05/11/25			Surgical procedure(s) CPT code(s):			Is the patient still under your care for this condition? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
List work/activity restrictions for disability — REQUIRED! Employee is not able to perform the essential functions of his job					Date of patient's next appointment 04/10/25		Anticipated date to return to work 05/12/25
Printed Name — REQUIRED! Andrea Carasquero			Specialty Psychiatry		Phone — REQUIRED! 949 874 6700		Fax 94 9203 2603
Street Address 23185 La Cadena Drive Suite 104			City Laguna hills		State CA	Zip 92653	NPI # — REQUIRED! 191 2455122
Physician Signature — REQUIRED! >>> 			Date — REQUIRED! 04/08/25		Email wholeheartclinic@gmail.com		

## ¡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.

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.)

» 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.

## 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
<b>¿La discapacidad se debe a un accidente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha</b> / / <b>Hora</b> <b>Lugar</b>		<b>Si la respuesta es sí, ¿qué ocurrió? — ¡REQUERIDO!</b>  ¿La discapacidad se debe a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo? <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>		¿Ha presentado (o planea presentar) una reclamación de compensación de trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## FIRMA DEL EMPLEADO — ¡REQUERIDA! >>>

**Fecha — ¡REQUERIDO!**

/ /

Al firmar más abajo, acepto que:

- 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:

- 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 <b>empresa</b> /empleador		Dirección de la <b>empresa</b> /empleador			
Ciudad		Estado	Código postal	¿La discapacidad se debe al empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Último día trabajado real: ¡OBLIGATORIO!</b> / /		<b>Título del puesto de empleado: ¡REQUERIDO!</b>		<b>En caso afirmativo, ¿se ha presentado la compensación laboral?</b> <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.			<b>¿El empleado ha vuelto al trabajo? Si es así, ¿en qué fecha?</b> / /
<b>Firma autorizada del empleador/recursos humanos: ¡REQUERIDA!</b> >>>		<b>Fecha — ¡REQUERIDO!</b> / /		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)		<b>Fecha de la primera consulta por esta condición</b> / /	
La discapacidad <i>¿Empleo?</i> se debe a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<i>¿Embarazo?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si se debe a embarazo, indique la <b>fecha estimada de parto</b> / /		<i>Tipo de parto</i> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	
<b>Fechas en que el paciente estuvo totalmente discapacitado (no podía trabajar) — ¡REQUERIDO!</b> Desde / / hasta / /				Procedimiento(s) quirúrgico(s) Código(s) CPT		Fecha de la próxima cita del paciente / /	
<b>Enumere las restricciones de trabajo/actividad por discapacidad: ¡REQUERIDO!</b>				Fecha prevista para volver al trabajo / /		Fecha prevista para volver al trabajo / /	
<b>Nombre en letra de imprenta: ¡REQUERIDO!</b>		Especialidad		<b>Teléfono — ¡REQUERIDO!</b> ( ) -		<b>Fax</b> ( ) -	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal	<b>NPI # — ¡REQUERIDO!</b>	
<b>Firma del médico — ¡REQUERIDA!</b> >>>		<b>Fecha — ¡REQUERIDO!</b> / /		Correo electrónico:			