

1901 Las Vegas Blvd. So.  
Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
(702) 733-9938  
[www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)

September 11, 2008

Dear Provider:

The Culinary Health Fund would like to make you aware of an Eligibility Rule Requirement that may affect your patient's eligibility.

The Culinary Health Fund requires eligible dependent spouses that work for a non-contributing employer with at least 2,500 employees in the Las Vegas area to use their primary insurance offered at work in order to remain eligible in the Culinary Health Plan.

This Eligibility Rule Requirement that may impact some of your patients if:

- Their spouse works at a non-contributing employer with at least 2,500 employees in the Las Vegas area, **and**
- Their spouse does not currently carry the health care insurance they qualify for from their employer.

Due to this Eligibility Rule Requirement, Culinary spouses may be showing ineligible in your system.

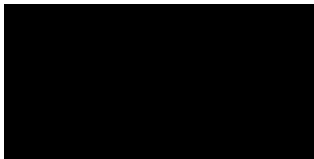
- Please inquire from your patient if they have completed the required "Health Insurance Verification Form" that was mailed to them in July and in August.
- If they have not completed the form, we ask that you please:
  - Make copies of the attached form
  - Have the participant complete the form
  - Fax the form to Culinary Customer Service at 702-733-2996
  - Contact Customer Service at 702-733-9938 and advise them that you have faxed the form for the patient. At that time Customer Service will advise you if the patient is currently eligible.

**NOTE: Please be advised that completion of the form does not automatically certify eligibility or benefits.**

For questions about this requirement, or what impact it will have on your patients, please contact the Culinary Customer Service office at 702-733-9938. Thank you for your assistance.

Sincerely,

Culinary Health Fund



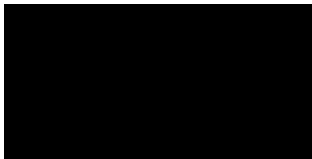
1901 Las Vegas Blvd. So.  
Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
(702) 733-9938  
[www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)

## Health Insurance Verification Form (H.E.R.E.I.U. Welfare Fund)

**NOTE: If you do not return this form, your spouse's Culinary coverage will be terminated and their claims will be denied.**

YOUR INFORMATION											
LAST NAME		FIRST NAME		M.I.	SOCIAL SECURITY NO.	BIRTHDATE	SEX (M/F)				
HOME ADDRESS					CITY						
STATE	ZIP CODE	TELEPHONE		LANGUAGE PREFERENCE <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____		E-MAIL ADDRESS					
YOUR DEPENDENT SPOUSE INFORMATION Complete this section to continue to cover your eligible spouse (including same sex domestic partner).											
LAST NAME OF SPOUSE		FIRST NAME OF SPOUSE		M.I.	SOCIAL SECURITY NO.	BIRTHDATE	SEX (M/F)				
<p>Is your spouse employed?   <input type="checkbox"/> YES - Please complete Section 1.   <input type="checkbox"/> NO - Please sign, date, and return this form.</p> <p><b>Section 1. IF YES, please indicate:</b></p> <p>1. Employer's Name: _____</p> <p>2. Is your spouse covered by his/her employer Health Plan?   <input type="checkbox"/> YES - Please complete Section 2a.   <input type="checkbox"/> NO - Please complete Section 2b.</p> <p><b>Section 2.</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 50%; background-color: #e0e0e0;">2a. If YES, please indicate:</th><th style="width: 50%; background-color: #e0e0e0;">2b. If NO, please provide reason:</th></tr></thead><tbody><tr><td style="vertical-align: top;">Insurance Name: _____ Address: _____ Phone No: _____ Policy Number: _____ Effective Date: _____ Insurance type:   <input type="checkbox"/> Single   <input type="checkbox"/> Family Coverage Type: (Check all that apply)   <input type="checkbox"/> Medical   <input type="checkbox"/> Dental</td><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Insurance is not offered <input type="checkbox"/> Part Time Employee – not eligible for health benefits <input type="checkbox"/> Spouse is eligible but not signed up <input type="checkbox"/> New employee, will be eligible in _____ (month/year)</td></tr></tbody></table>								2a. If YES, please indicate:	2b. If NO, please provide reason:	Insurance Name: _____ Address: _____ Phone No: _____ Policy Number: _____ Effective Date: _____ Insurance type: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family Coverage Type: (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Insurance is not offered <input type="checkbox"/> Part Time Employee – not eligible for health benefits <input type="checkbox"/> Spouse is eligible but not signed up <input type="checkbox"/> New employee, will be eligible in _____ (month/year)
2a. If YES, please indicate:	2b. If NO, please provide reason:										
Insurance Name: _____ Address: _____ Phone No: _____ Policy Number: _____ Effective Date: _____ Insurance type: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family Coverage Type: (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Insurance is not offered <input type="checkbox"/> Part Time Employee – not eligible for health benefits <input type="checkbox"/> Spouse is eligible but not signed up <input type="checkbox"/> New employee, will be eligible in _____ (month/year)										
CONSENT INFORMATION											
<p>By my signature below, I acknowledge that the Fund and its authorized agents may use and disclose health information for purposes related to evaluating, processing, and reviewing my claims or my dependent's claims, and I consent to the disclosure of information requested by the Fund by any medical professional, hospital or other medical-care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, group policy holder, employer or benefit plan administrator.</p> <p>This consent will be valid for the entire period of my eligibility and my dependent's eligibility under the Fund's plan of benefits.</p> <p>I hereby certify that all information provided on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.</p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">_____ Culinary Covered Employee Signature</td><td style="width: 50%; text-align: center;">_____ Date</td></tr></table>								_____ Culinary Covered Employee Signature	_____ Date		
_____ Culinary Covered Employee Signature	_____ Date										

RETURN FORM TO: CULINARY HEALTH FUND 1901 Las Vegas Blvd., South Suite 107 Las Vegas, NV 89104 – 1309  
(702) 733-9938 [www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)



1901 Las Vegas Blvd. So.  
Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
(702) 733-9938  
[www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)

## Formulario de Verificación de Seguro de Salud (H.E.R.E.I.U. Welfare Fund)

**NOTA:** Si usted no regresa este formulario, la cobertura de la Culinaria de su cónyuge terminará y sus reclamaciones serán negadas.

SU INFORMACIÓN																					
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M/F)														
DIRECCIÓN DE DOMICILIO					CIUDAD																
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO		PREFERENCIA DE IDIOMA <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro _____		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO															
INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE DEPENDIENTE																					
Complete esta sección para continuar la cobertura de su cónyuge elegible (incluyendo pareja por cohabitación del mismo sexo).																					
APELLIDO DEL CÓNYUGE		NOMBRE DEL CÓNYUGE		INICIAL	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M/F)														
<p>¿Trabaja su cónyuge? <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> – Por favor complete la Sección 1. <input type="checkbox"/> <b>NO</b> – Por favor firme, ponga la fecha y regrese este formulario.</p> <p><b>Sección 1. DE SER SÍ, por favor indique:</b></p> <p>1. Nombre del Empleador: _____</p> <p>2. ¿Está cubierto(a) su cónyuge por el Plan de Salud de su empleador? <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> – Por favor complete la Sección 2a. <input type="checkbox"/> <b>NO</b> – Por favor complete la Sección 2b.</p> <p><b>Sección 2.</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>2a. Si es SÍ, por favor indique:</th><th>2b. De ser NO, por favor proporcione la razón:</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nombre del Seguro: _____</td><td><input type="checkbox"/> No se ofrece el seguro</td></tr><tr><td>Dirección: _____</td><td><input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial – no elegible para los beneficios de salud</td></tr><tr><td>Teléfono: _____</td><td><input type="checkbox"/> El/la cónyuge es elegible pero no se inscribió</td></tr><tr><td>Número de Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____</td><td><input type="checkbox"/> Nuevo(a) empleado(a) será elegible en _____ (mes/año)</td></tr><tr><td>Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar</td><td></td></tr><tr><td>Tipo de Cobertura: (Cheque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental</td><td></td></tr></tbody></table>								2a. Si es SÍ, por favor indique:	2b. De ser NO, por favor proporcione la razón:	Nombre del Seguro: _____	<input type="checkbox"/> No se ofrece el seguro	Dirección: _____	<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial – no elegible para los beneficios de salud	Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> El/la cónyuge es elegible pero no se inscribió	Número de Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____	<input type="checkbox"/> Nuevo(a) empleado(a) será elegible en _____ (mes/año)	Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar		Tipo de Cobertura: (Cheque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental	
2a. Si es SÍ, por favor indique:	2b. De ser NO, por favor proporcione la razón:																				
Nombre del Seguro: _____	<input type="checkbox"/> No se ofrece el seguro																				
Dirección: _____	<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial – no elegible para los beneficios de salud																				
Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> El/la cónyuge es elegible pero no se inscribió																				
Número de Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____	<input type="checkbox"/> Nuevo(a) empleado(a) será elegible en _____ (mes/año)																				
Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar																					
Tipo de Cobertura: (Cheque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental																					
INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO																					
<p>Por medio de mi firma abajo reconozco que el Fondo y sus agentes autorizados podrían usar y divulgar información de salud para propósitos relacionados a la evaluación, procesamiento y revisión de mis reclamaciones o las reclamaciones de mis dependientes, y consiento a la divulgación de información solicitada por el Fondo, por cualquier profesional médico, hospital u otra instalación de cuidados médicos, organización de apoyo de seguro, farmacia, agencia de gobierno, compañía de seguros, portador de la póliza de grupo, empleador o administrador del plan de beneficios.</p> <p>Este consentimiento será válido por el periodo total de mi elegibilidad y la elegibilidad de mi dependiente bajo el plan de beneficios del Fondo.</p> <p>Por este medio certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y completa según mi leal saber y entender.</p> <p>_____ <b>Firma del Empleado Cubierto por la Culinaria</b></p> <p>_____ <b>Fecha</b></p>																					

REGRESAR EL FORMULARIO A: CULINARY HEALTH FUND 1901 Las Vegas Blvd., South Suite 107 Las Vegas, NV 89104 – 1309  
(702) 733-9938 [www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)