

EXTENDED ELIGIBILITY APPLICATION
SOLICITUD PARA EXTENDER EL DERECHO A LOS BENEFICIOS DE ELIGIBILIDAD
UNITE HERE HEALTH

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 _____	

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

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

Name/Nombre _____		Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____	
Home Address _____			
STREET/ CALLE		CITY OR TOWN/ CIUDAD O PUEBLO	STATE/ESTADO
ZIP/ZONA POSTAL		PHONE #/TELÉFONO	
Nature of illness or injury/ Naturaleza de la enfermedad/lastimadura _____			
Name and address of Physicians consulted		1) _____	
Nombre y dirección de los médicos que consultaron		2) _____	
IF HOSPITALIZED, name of hospital SI ESTUVO HOSPITALIZADO, nombre del hospital _____			
Admitted/Ingresado _____		Discharged/Dado De Alta _____	
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 UNITE HERE HEALTH 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 UNITE HERE HEALTH with financial or employment related information.

I understand that such information may be used by UNITE HERE HEALTH 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 UNITE HERE HEALTH. 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 UNITE HERE HEALTH'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 QUE SE COMUNIQUE 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 a 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 empleador o al administrador del plan de beneficios que proporcione a UNITE HERE HEALTH la información financiera o laboral relacionada.

Entiendo que UNITE HERE HEALTH 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 UNITE HERE HEALTH. 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 Beneficios de UNITE HERE HEALTH

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) 700-0000

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	If YES, <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> 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

Phone #: _____	Fax #: _____	TIN _____
----------------	--------------	-----------

RETURN COMPLETED FORM TO: CULINARY HEALTH FUND
1901 LAS VEGAS BLVD., SOUTH SUITE 107
LAS VEGAS, NV 89104-1309
(702) 733-0038