

**EXTENDED ELIGIBILITY APPLICATION**  
**SOLICITUD PARA EXTENDER EL DERECHO A LOS BENEFICIOS**  
**HOTEL EMPLOYEES AND RESTAURANT EMPLOYEES INTERNATIONAL UNION WELFARE FUND**  
**FONDO DE BIENESTAR DEL SINDICATO INTERNACIONAL DE EMPLEADOS DE HOTELES Y RESTAURANTES**  
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
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) _____		
<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 H.E.R.E.I.U. Welfare 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 H.E.R.E.I.U. Welfare Fund with financial or employment related information.

I understand that such information may be used by the H.E.R.E.I.U. Welfare 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 H.E.R.E.I.U. Welfare 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 H.E.R.E.I.U. Welfare 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 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 al Fondo de Bienestar H.E.R.E.I.U. 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 Fondo de Bienestar H.E.R.E.I.U. la información financiera o laboral relacionada.

Entiendo que el Fondo de Bienestar H.E.R.E.I.U., 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 Fondo de Bienestar H.E.R.E.I.U. 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 del Fondo de Bienestar H.E.R.E.I.U.

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

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN**  
All portions 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 ZIP

Phone #:	Fax #:	TIN	

RETURN COMPLETED FORM TO:

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