

Culinary Health Fund

LOSS OF TIME BENEFITS CHECKLIST

This is a checklist to guide you with your Loss of Time benefits. Your benefits will be delayed if documents are not accurate and complete.

- ✓ ALL Loss of Time benefits are limited to a maximum of 13 weeks.
- ✓ PART 1 – must be completed by the doctor that treated or is treating the injury or illness, **not including PhDs** (see SPD for definition of doctor). **Providers cannot charge the patient to complete the LOT forms.**
- ✓ PART 2 – must be completed by your employer. Please have your Human Resources Department (not your supervisor) complete the form.
- ✓ Parts 1 and 2 must be completed and returned to us to process your claims.
- ✓ The dates of disability on parts 1 and 2 should be the same.
- ✓ Please make sure all forms are **COMPLETE.**
- ✓ Illness and injury benefits will not begin until you are treated, seen and disabled by your doctor.
- ✓ Injury benefits begin the 1st day of disability leave (**includes maternity benefits for delivery**).
- ✓ Illness benefits begin the 8th day of disability leave.
- ✓ A report must be submitted if illness/injury involves police or security.
- ✓ If you are returned to work for light duty only, and light duty is not available through your employer, your doctor should continue your leave dates. A verification letter from your employer may be required.
- ✓ **If your leave dates change after the forms are submitted, new forms will be required. Please submit forms as close as possible to your leave date.**
- ✓ We do not pay loss of time on work related conditions.
- ✓ Loss of Time benefits is a weekly payment of \$300 less FICA taxes, which equals to \$277.05.

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.

Employee#:

LOSS OF TIME – PART 1

UNITE HERE HEALTH

Please be advised that possession of this form is not evidence of eligibility.

INSTRUCTIONS: THIS IS FORM 1 OF 2 FOR LOSS OF TIME BENEFITS. EMPLOYEE COMPLETES AND SIGNS THIS SECTION, THEN GIVES FORM TO DOCTOR.
PROVIDERS CANNOT CHARGE THE PATIENT TO COMPLETE THE LOT FORMS.

Name of Employee _____	Date of Birth _____
Social Security No. _____	Phone Number _____
Home Address _____	
STREET	CITY OR TOWN
STATE	ZIP

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 policy holder, employer or benefit plan administrator to provide the 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 the UNITE HERE HEALTH with financial or employment related information.

I understand that such information may be used by the 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 for benefits, including examining the benefits provided by the UNITE HERE HEALTH. I understand that I or any authorized representative will receive a copy of the authorization upon request. This authorization is valid for a minimum of one year.

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

Signature of Employee (Employee MUST sign)

Date

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:** _____

RETURN COMPLETED FORM TO:

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

Employee#:

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 ☐ YESIs condition due to accident? ☐ NO ☐ YESIs condition a behavioral health condition? ☐ NO ☐ YES (REMINDER: form must be signed by an MD)Date of first treatment: _____ Dates of subsequent treatments: _____
mm / dd / yy (mm / dd / yy) (patient must be under regular continuous care of MD)Date medically disabled by physician: _____ Expected return to work date: _____
mm / dd / yy mm / dd / yyIf disabled due to pregnancy, give expected date of confinement: _____
mm / dd / yy

Surgical procedure performed: _____

Date of surgery: _____
mm / dd / yyAre 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 ☐ TemporaryPatient 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

Employee#:

LOSS OF TIME – PART 2

UNITE HERE HEALTH

Please be advised that possession of this form is not evidence of eligibility.

Loss of Time benefits are explained on your SPD.

INSTRUCTIONS: THIS IS FORM 2 OF 2 FOR LOSS OF TIME BENEFITS. EMPLOYEE COMPLETES AND SIGNS THIS SECTION, THEN GIVES FORM TO EMPLOYER.

Name of Employee _____				Date of Birth _____	
Social Security No. _____		Occupation _____		Local No. _____	
Language Preference		☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____		E-mail Address _____	
Home Address _____					
STREET		CITY OR TOWN		STATE	ZIP
PHONE NUMBER _____					
Nature of illness or injury _____					
Date of accident occurred or illness/injury began _____ Date first treated _____					
How did illness/injury occur? _____					
If illness/injury involves police or security, please attach report.					
Where did illness/injury occur? _____					
Did illness/injury occur in the course of any employment: ☐ NO ☐ YES If YES, you must file a claim with your employer.					
Name and address of Physicians consulted					
1) _____					
2) _____					
If HOSPITALIZED,					
Name of hospital _____		Admitted _____		Discharged _____	

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 policy holder, employer or benefit plan administrator to provide the 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 the UNITE HERE HEALTH with financial or employment related information.

I understand that such information may be used by the 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 for benefits, including examining the benefits provided by the UNITE HERE HEALTH. I understand that I or any authorized representative will receive a copy of the authorization upon request. This authorization is valid for a minimum of one year.

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

Signature of Employee (Employee MUST sign form)

Date

EMPLOYER'S STATEMENT (PAYROLL DEPARTMENT)

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

RETURN COMPLETED FORM TO:

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

Employee#:

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: ☐ Inglés ☐ Español ☐ 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?: ☐ NO ☐ 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? ☐ YES	If YES, date returned to work: _____ mm / dd / yy
☐ NO	If NO, date expected to return to work: _____ mm / dd / yy
Has a Worker's Compensation Claim been filed for this illness/injury? ☐ NO ☐ 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