

**SEIU Local 1 & Participating Employers Health Fund**  
**WSTĘPNE ZGŁOSZENIE WNIOSKU**

**ŚWIADCZENIA NIE BĘDĄ WYPŁACANE, JEŚLI NINIEJSZY FORMULARZ NIE ZOSTANIE WYPEŁNIONY W CAŁOŚCI**

**Informacje:**

Formularz wypełnia osoba zgłaszająca wniosek, lekarz i pracodawca. Wypełnij w całości część przeznaczoną dla osoby składającej wniosek. Pamiętaj, aby podać swój numer ubezpieczenia społecznego i podpisać się w odpowiedniej sekcji.

**Wypełniony formularz należy odesłać do:**  
**SEIU Local 1 & Participating Employers Health Fund**

111 E Wacker Drive, 17th Floor  
Chicago, IL 60601

Telefon: (312) 233-8888 Ext 5022 Faks: (312) 233-8839  
E-mail: SEIUDisability@SEIU25.org

**WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA WNIOSEK**

|                    |  |                        |              |
|--------------------|--|------------------------|--------------|
| Imię i nazwisko    | Numer identyfikacyjny (zaczyna się od 825) | Numer telefonu         |              |
| Data urodzenia     | Numer ubezpieczenia społecznego            | Zawód                  |              |
| Pracodawca         |  |                        |              |
| Adres zamieszkania | Miasto                                     | Stan                   | Kod pocztowy |
| Data końca pracy:  |  | Data wznowienia pracy: |              |

**DLA WSZYSTKICH WNIOSKÓW:**

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| Nazwa choroby lub urazu:  | Data wypadku lub rozpoczęcia choroby:   | Data podjęcia pierwszego leczenia: |
| W przypadku hospitalizacji, nazwa szpitala:   | Data przyjęcia do szpitala:   | Data wypisu ze szpitala:           |
| Czy ktoś celowo spowodował tę szkodę?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  | Czy uraz był spowodowany wypadkiem?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  |                                    |
| Czy wypadek zdarzył się na Twojej posesji?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie      Jeśli nie, podaj adres miejsca wypadku:  | Czy uraz powstał z powodu wypadku samochodowego?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                           |                                    |
| Czy do urazu lub choroby doszło w trakcie zatrudnienia?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  | Czy złożyłeś/aś to roszczenie w ramach Funduszu Odszkodowań Pracowniczych?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |                                    |
| Czy rozpocząłeś/ęłaś proces sądowy związany w jakikolwiek sposób z tym urazem/chorobą?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie   |   |                                    |
| Czy otrzymałeś/aś jakiegokolwiek ugody, płatności, odzyskanie świadczeń, w tym od firmy ubezpieczeniowej lub z polisy, związane w jakikolwiek sposób z tym urazem/chorobą?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |   |                                    |
| Czy wynająłeś/ęłaś prawnika do reprezentowania Cię w związku z tym roszczeniem?<br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  |   |                                    |

Niniejszym składam wniosek o przyznanie świadczeń i potwierdzam, że powyższe owiadczenia są kompletne i zgodne z prawdą. Upoważniam wyżej wymienioną instytucję lub lekarza do udostępnienia informacji dotyczących mojej rejestracji, odpowiednich zapisów oraz dokumentacji medycznej do SEIU Local 1 & Participating Employers Health Fund.

Podpis osoby zgłaszającej wniosek

Data

# Instructions

## Attending Physician's Statement

### Disability

To collect disability benefits, your doctor must complete sections 1, 2, 4, 5, 7, 8 and 9 and sign and date this form.

(Aby otrzymać wynagrodzenie chorobowe forma musi być wypełniona - sekcje 1,2,3,4,5,7,8 i 9 - oraz podpisana przez lekarza i opatrzona datą)

### Attending Physician's Statement

1. Diagnosis and concurrent conditions (if diagnosis code other than ICDA used, give name)

2. Is condition due to injury or sickness arising out of patient's employment? Is condition due to pregnancy? If Yes, approximate date pregnancy commenced

3. Date admitted/Surgery

|   |  |  |
|---|--|--|
| 4. Date symptoms first appeared, or accident occurred   | 5. Date patient first consulted you for this condition                                 | 6. Has patient ever had same or similar condition? If yes, when and describe |
| 7. Is patient still under your care for this condition?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 8. Patient was continuously totally disabled (unable to work)<br>From _____ Thru _____ | 9. Date patient should be able to return to work, if still disabled          |

10. Does patient have other health coverage? If Yes, please identify

Yes No

|                        |                     |      |
|------------------------|---------------------|------|
| Print Physician's Name | Physician's Address | Date |
|------------------------|---------------------|------|

Physician's Signature

Physician's Phone Number

### Employer Sign off

#### Podpis pracodawcy

To be completed and signed by the Employer to sign off on last day of work.

Do wypełnienia i podpisania przez Pracodawcę w celu podpisania ostatniego dnia pracy.

Employer Signature

Date of Last Day of Work

Date Returned to Work