

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Fund

OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – UZUPEŁNIENIE

Formularz MUSI zostać wypełniony w lub do dnia: _____

CZEŚĆ A: WYPEŁNIA UCZESTNIK

<p>1. Dane osobowe</p> <p>Imię i nazwisko: _____</p> <p>Numer ubezpieczenia społecznego: _____</p> <p>lub</p> <p>Inny numer identyfikacyjny: 825 _____</p> <p>Data urodzenia: _____</p> <p>Adres zamieszkania: _____</p>	<p>2. Upoważnienie do udostępniania informacji:</p> <p>Niniejszym upoważniam niżej podpisanego lekarza do ujawnienia wszelkich informacji uzyskanych w trakcie mojego badania lub leczenia. Składam również wniosek o świadczenia i jednocześnie potwierdzam, że oświadczenia zawarte w części A są kompletne i zgodne z prawdą.</p> <p>Podpis osoby uprawnionej _____</p> <p>Data _____</p>
--	--

PART B: ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

1. Diagnosis and concurrent conditions:	
2 Frequency of visits: <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> other:	3. Is patient totally disabled from any occupation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date patient became totally disabled:
4. Is patient totally disabled from his/her regular occupation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date patient became totally disabled:	5. On what date will the patient be able to resume normal activities and return to work?
6. Attending Physician's Information: Name: _____ Address: _____ Phone: _____ Signature: _____	7. Remarks: Date: _____

Do wypełnienia i podpisania przez pracodawcę w ostatnim dniu pracy.
To be completed and signed by the Employer to sign off on last day of work.

Employer Signature

Date of Last Day of Work

Date Returned to Work

Wypełnione formularze należy odesłać do: SEIU Local 1 & Participating Employers Health Fund, Attn: Disability Dept, 111 E Wacker Drive, 17th Floor Chicago, IL 60601

Telefon: (312) 233-8888, Ext. 5022 • Faks: (312) 233-8839

Email: SEIUDisability@SEIU25.org