

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
200 East Randolph Street, Suite 1500
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? ☐ Tak ☐ Nie	Czy uraz był spowodowany wypadkiem? ☐ Tak ☐ Nie	
Czy wypadek zdarzył się na Twojej posesji? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli nie, podaj adres miejsca wypadku:	Czy uraz powstał z powodu wypadku samochodowego? ☐ Tak ☐ Nie	
Czy do urazu lub choroby doszło w trakcie zatrudnienia? ☐ Tak ☐ Nie	Czy złożyłeś/aś to roszczenie w ramach Funduszu Odszkodowań Pracowniczych? ☐ Tak ☐ Nie	
Czy rozpocząłeś/ęłaś proces sądowy związany w jakikolwiek sposób z tym urazem/chorobą? ☐ Tak ☐ 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? ☐ Tak ☐ Nie		
Czy wynająłeś/ęłaś prawnika do reprezentowania Cię w związku z tym roszczeniem? ☐ Tak ☐ 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? ☐ Yes ☐ No	8. Patient was continuously totally disabled (unable to work) 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