



THE EMPLOYEE PAINTERS' TRUST HEALTH & WELFARE FUND

INCAPACIDAD SEMANAL (BENEFICIOS POR TIEMPO PERDIDO)

Tenga en cuenta:

ES SU RESPONSABILIDAD PROPORCIONAR TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA PROCESAR Y/O ESTENDER SU RECLAMO.

TODAS las solicitudes son enviadas a una revisión médica independiente con respecto a la necesidad médica.

Para evitar retrasos en el procesamiento de sus beneficios, su solicitud debe **completarse en su totalidad** adjuntando todos los **registros medios** relacionados (ejemplos a continuación) **copias de 2 recibos de pago** recientes. No contactamos a médicos ni empleadores. **Se le notificará mediante una nota en su talón de cheque semanal** si requiere una extensión para continuar con el pago. Las solicitudes incompletas se devolverán para completarlas.

Formas incompletas se devolverán para ser completadas.

Pagos semanales por incapacidad:

El Plan paga beneficios mientras que usted permanezca totalmente incapacitado, está bajo la atención de un médico, y no está recibiendo compensación **de ninguna otra fuente**.

- **Beneficio semanal:** 80% de su salario bruto semanal (en base a semana laboral de 40 horas), hasta \$350.00 o \$750.00 (determinado por su Acuerdo Colectivo de Negociación)
- **Lapso de espera:** el pago por incapacidad comenzará después de la revisión de la solicitud y su aprobación, a partir del 1^{er} día de la lesión; o del 8^o día de enfermedad.
- **Fecha límite:** dentro de 90 días, pero a más tardar 12 meses posteriores a la fecha inicial de incapacidad.
- **Pagos máximos:** 26 semanas, o hasta que sea dado de baja para regresar a trabajar por incapacidad.

Registros Médicos Requeridos:

Favor de enviar: Notas de las visitas al consultorio, notas de historial y tablas físicas/ resultados de pruebas, informes de imágenes/ rayos X, resultados de pruebas de laboratorio, notas de visitas preoperatorias/ resultados de pruebas, informes operativos, notas de visitas posoperatorias/ resultados de pruebas. Notas de la visita de fisioterapia.

No Envíe: Resúmenes posteriores a la visita, instrucciones de alta ni documentación de admisión. Requerimos los registros médicos reales y los resultados de las pruebas para su revisión.

Exenciones de elegibilidad para primas de salud y bienestar:

****Nota: Los miembros no-sindicalizados bajo la tarifa plana no son elegibles para la condonación de la Proción de la prima de beneficios de discapacidad.**

- Si es un miembro por hora activo discapacitado debido a una lesión no ocupacional su banco de horas para beneficios de salud será congelado, y usted seguirá activo para beneficios de salud durante un **máximo de por vida de 3 meses** sin tener que retirar horas de su banco de reserva.
- Una vez que se alcanza el máximo, si aun no ha regresado al trabajo, su banco de horas se utilizara para mantener la cobertura.
- Si un miembro usa los tres meses del beneficio con una discapacidad, no calificara para ninguna extensión con reclamos por discapacidad futuros.
- Si aun este discapacitado después de la cobertura gratuita y su banco de horas activo se ha agotado, su cobertura puede continuar realizando un pago por cuenta propia a través de COBRA hasta por 18 meses.

Extensiones:

- Si hay algún cambio en su fecha de regreso al trabajo, se requiere una actualización de su medico que nos proporcione la próxima fecha de regreso al trabajo prevista o aproximada (se requiere la fecha real o el plazo).
- El Departamento de Reclamaciones también puede solicitar una actualización si han pasado mas de 6 semanas sin una independientemente de la fecha de regreso al trabajo indicada en su formulario de reclamación inicial.

Usted será responsable de reembolsar al Fondo en su totalidad cualquier pago por discapacidad recibido después de su fecha de regreso al trabajo. El fondo continuara tratando de cobrar los pagos en los tribunales, si es necesario, hasta que se reciba el pago completo.

Calendario de pago:

Los cheques por discapacidad se envían por correo semanalmente excepto los días festivos, todos los viernes una vez que se haya completado su solicitud y se haya aprobado la revisión medica independiente. Por lo general, esto demora entre 7 y 10 días hábiles si se envía todos los registros requeridos. Para evitar una demora en el pago, el Fideicomiso permite el pago de hasta 3 semanas de beneficios mientras la Revisión independiente esta pendiente por cualquier motivo.

La Documentación se puede enviar por correo a: The Employee Painters Trust, Atención: Departamento de Discapacidad, PO Box 58830, Tukwila, WA 98188 o fax al (425) 251-1976 Atención: Departamento de discapacidad, o por correo electrónico a staff@iupatwesternbenefits.org Atención Departamento de discapacidad.

Para cualquier pregunta, favor de contactar a la Oficina Administrativa del Fondo a (844) 344-2721.

Atentamente,
Departamento de Elegibilidad

THE EMPLOYEE PAINTERS' TRUST HEALTH & WELFARE FUND

Solicitud – Incapacidad Temporal Total

Devolver formulario completo a:
The Employee Painters' Trust
PO Box 58830
Tukwila, WA 98138

Trust Fund Phone #: (206) 518-9730
Toll Free #: (844) 344-2721
Fax #: (425) 251-1976

PARTE I – COMPLETARSE POR EL EMPLEADO

(Cada pregunta debe contestarse completamente) **ADJUNTE 2 TALONES DE NÓMINA RECIENTES Y RECORS MEDICOS**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Calle: _____ Domicilio electrónico - Miembro: _____

Ciudad y Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono - Miembro: _____

Descripción de la incapacidad: _____ ¿Lesión? _____ ¿Enfermedad? _____

Está tomando vacación/enfermedad/tiempo libre pagado durante cualquier parte de su incapacidad: SI/NO ¿Cuántas horas/días tomará? _____

Fecha de lesión/enfermedad: _____ Hora: _____ ¿en el trabajo? _____ ¿en casa? _____

¿Cómo ocurrió? _____

Descripción del trabajo: _____

Último día completo de trabajo antes de la incapacidad: _____

PROVEEDORES: Por el presente formulario (o por fotocopia) los autorizo que divulguen cualquier documento que tengan respecto a mi incapacidad a Employee Painters' Trust Fund y/o Innovative Care Management.

Yo certifico que las respuestas son completas y correctas de acuerdo a mi mejor juicio.

Fecha: _____ **FIRMA DEL PACIENTE:** _____

Firma únicamente – no letra de imprenta

PARTE II – DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE **Conforme a la autorización de divulgación firmada anteriormente, favor de INCLUIR el EXPEDIENTE CLÍNICO aplicable con el fin de justificar la determinación de incapacidad incluyendo pero no limitándose a expedientes clínicos de la consulta más reciente, resultados pertinentes de laboratorio y estudios de imágenes, y cualquier otra información que pudiera ser beneficiar para establecer la determinación de incapacidad.**

1. Tipo de enfermedad o lesión/ICD (Describir complicaciones si las hay): _____

_____ ¿Enfermedad? _____ ¿Lesión? _____

2. ¿Fue esta enfermedad o lesión causada por el empleo del paciente? Sí _____ No _____

¿Se empeoró a causa del empleo del paciente? Sí _____ No _____

Si es "Sí" explique: _____

3. Tipo de procedimiento quirúrgico, si lo hubo/CPT (Describa completamente) _____

4. Fecha en que se realizó la cirugía: _____ ¿Se hospitalizó al paciente? Fecha de admisión: _____

Fecha de alta: _____

5. Dé las fechas de tratamiento:

PRIMERA CONSULTA

OTRAS CONSULTAS DURANTE ESTE LAPSO DE INCAPACIDAD

Consultorio _____

Hospital _____

6. **El paciente ha estado incapacitado continuamente:** **Desde:** _____

(Incapacitado para trabajar) **Hasta** (si no está seguro, fecha aproximada): _____

Si todavía está incapacitado, ¿cuándo se espera que regrese a trabajar el paciente?: _____

7. Comentarios adicionales: _____

Fecha: _____ **Firma del doctor:** _____

Nombre del doctor (letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Número telefónico del doctor: _____ Número de Fax del doctor: _____