



Chicago & Vicinity Laborers' District Council

Health & Welfare Fund • Retiree Health & Welfare Fund

LiUNA!
Feel the Power

11465 W. Cermak Road, Westchester, IL 60154-5768 | www.chicagolaborersfunds.com

Toll Free: (866) 906-0200 • Telephone: (708) 562-0200 7) 562-0716 - | | hlp .com

FORMULARZ ROSZCZENIA Z TYTUŁU WYPADKU/UTRATY CZASU

Niewypełnienie tego formularza w całości może spowodować opóźnienie w opłacie racj unnow medycznych .

SEKCJA 1: DO WYPEŁNIENIA PRZEZ UCZESTNIKA

INFORMACJE O UCZESTNIKU

Imię i Nazwisko: _____ Numer ID Uczesnika: _____

Adres domowy: _____

Miasto, Stan, Kod pocztowy: _____ Nr"Verelonu: _____

Data Urodzenia: _____ " M czyzna "Mqdlgva Local Numer: _____

Nazwa Pracodawcy: _____ Nr tel. pracodawcy: _____

Adres Pracodawcy: _____

Miasto, Stan, Kod pocztowy: _____ Data zatrudnienia: _____

INFORMACJE O ROSZCZENIU Z TYTUŁU UTRATY CZASU

Diagnoza: _____

Ezy ta cjoroda md uraz s wyninigo wypadmu? Tak Nie

Czy złożyłeś lub zamierzasz złożyć wniosek o odszkodowanie pracownicze ? Tak Nie

Czy to choroba lub uraz związany z pracą? Tak Nie

Data wypadku: _____ Gdzie zdarzył si wypadek? _____ aa _____

Qpisz. w laki spqs»d dqsłq dq ej qrdy l urazu i dqł ez nisv uraz»wł piełpqsprawy ei:

Kto był odpowiedzialny za wypadek?

Imi i Nazwisko: _____ aa _____ Adres: _____

O iasto, Stan, Kod poeztowy: _____ aaa _____ aa _____

Ezy planwiesz wbiei a si o zwtot koszt»w od dtwi iel sttony? Tak Nie

Ezy masz lwb planwiesz wynal adwokata w zwi zkwz tym wypadkiemA Tak Plg

Jeśli Tak, prosimy o podanie nazwiska, adresu i numeru telefomu adwokata:

Ig rkNlg. kphqto włgo { . g y rt| {rafkw| awf plgpla afy qkava y rt| {u| ekparg { r qy kaf qo k q v| o Dkwtq Hwpf wuj w

Czy był niezdolny do pracy w wyniku tej choroby/urazu? Tak Nie

Jaki był pierwszy pełny dzie , w którym nie był w stanie pracowa ? _____

Jaki był ostatni dzie , w którym faktycznie pracowałe ? _____

Chcesz otrzymywa Loss of Time Benefits? Tak Nie **(Je li Tak, strona 2 musi by y reGiona i of esGna+**

Czy wzpowiE rrac ? Tak Nie Czy planujesz wznowić pracę? Tak Nie

Rqy { u| g qf r qy k f| ku | i qf pe | r tcy f k| i qf pg| o ql pclnru| y k f| .

Pqfr ku We| gupknc: _____ Date: _____

INFORMACJA DLA WSZYSTKICH STRON WYPEŁNIAJ CYCH TEN FORMULARZ: FeG go lguvy {r gGkplg vgi q hqto wrt| c kphqto celco k q m»t{ej y lgu . gu hG {y g. nd y kf qo g r qo kclpg y c p{ej hm»y 0Z vgi q e| {pwo qi y {pknc ucpnlg netpg khd e{y kpg0

SECTION 2: TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN

Patient's Name: _____ Age: _____

Nature of sickness or injury. (Describe complications, if any.):
_____Report of Services: (If you have submitted a previous form for this employee,
you need only show dates and services since last report.)

| Dates of Services | Place of Services | Description of Surgical or Medical Services Rendered | ICD10 Codes | Procedure Code- If Used (If code other than CPT* used, give name) |
|-------------------|-------------------|--|-------------|---|
| | | | | |
| | | | | |

*CPT – Current Procedure Terminology (current edition)

Patient was continuously totally disabled from _____ through _____.

Patient was partially disabled from _____ through _____.

If patient was partially disabled, please list weight restrictions. _____ (lbs.)

Doctor's Name: _____ TIN No.: _____
(Please Print or Type Doctor's Name) (Taxpayer Identification Number)

Doctor's Address: _____ Phone: (____) _____

City, State, Zip: _____

Doctor's Signature: _____ Date: _____
(Personal Signature of Attending Physician)

| |
|---|
| <p>NOTICE TO ALL PARTIES COMPLETING THIS FORM: It is fraudulent to fill out this form with information you know to be false or to knowingly omit important facts. Criminal and/or civil penalties can result from such an act.</p> |
|---|

SEKCJA 3: WYPEŁNIA UCZESTNIK

Rozumiem, że tygodniowe świadczenia z tytułu utraty czasu pracy nie będą wypłacane dopóki **wszystkie części** niniejszego formularza nie zostaną wypełnione przeze mnie i mojego lekarza zgodnie ze wskazaniem. Rozumiem, że wypełnienie tego formularza fałszywymi informacjami lub świadome pominięcie ważnych faktów jest oszustwem. Z takiego czynu mogą wynikać sankcje cywilne i karne.

W przypadku, gdy pobieram tygodniowe świadczenia z tytułu utraty czasu pracy (Loss of Time Weekly Income Benefits) w wyniku wypadku lub urazu, niniejszym upoważniam Laborers' Welfare Fund do ujawnienia informacji o wszelkich tygodniowych wypłatach świadczeń na rzecz Funduszu Emerytalnego Pracowników (Laborers' Pension Fund), niezbędnych do zaliczenia godzin do mojej historii pracy do wykorzystania przy obliczaniu moich przyszłych świadczeń emerytalnych.

Jeśli złożę wniosek i uzyskam zgodę na przyznanie renty inwalidzkiej, rozumiem, że nie mogę otrzymywać zasiłku z tytułu utraty czasu i renty inwalidzkiej za ten sam okres. Przyjmuję do wiadomości, że jeśli uzyskam zgodę na przyznanie renty inwalidzkiej w ciągu pierwszych 26 tygodni okresu niezdolności do pracy, moje świadczenia emerytalne rozpoczną się po 26 wypłacie tygodniowego zasiłku dochodowego. Jeśli moja renta inwalidzka zostanie zatwierdzona i wypłacona w tym samym okresie lub w części okresu otrzymywania przedłużonych tygodniowych świadczeń o dochodach (tygodnie 26 do 52), zgadzam się zwrócić Laborers' Welfare Fund świadczenia wypłacone do kwoty moich świadczeń emerytalnych.

Podpis Uczestnika: _____ Data: _____

Proszę zapoznać się ze stronami 32 do 33 Opisu Planu Podsumowania, aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje na temat Tygodniowych Świadczeń z tytułu Utraty Czasu i Rozszerzonych Świadczeń z Tytułu Tygodniowego Dochodu. Jeśli masz jakiegokolwiek pytania dotyczące tego formularza lub swoich świadczeń, skontaktuj się z Działem Claims pod numerem (708) 562-0200.