

Culinary Health Fund – Plan Unit 150
TRANSITION FORM for the Culinary Care Assistance Program

CULINARY PARTICIPANT SECTION:

Please fill out if you or family member(s) are now receiving treatment for mental health, gambling, drug or alcohol problems:

Participant Name (Covered

Employee): _____

SS#: _____ - _____ - _____

Patient Name (person getting

help): _____

Relationship to Participant: Same Husband Wife Dependent Child Eligible Domestic Partner

Patient Address:

Patient Phone: (_____) _____

Please sign the release below and take it to your treatment provider to complete; they will return it to:

Harmony Healthcare

Thank You.

(Parent to sign for child under the age of 19)

Release of Information: I, (patient name) _____, agree to have (provider name) _____ release the information listed below to:

Harmony Healthcare, 1701 W. Charleston Blvd., Ste. 300, Las Vegas NV 89102. The purpose of this information is to help me continue my care without interruption starting July 1, 2006. All mental health, gambling addiction, drug and alcohol services after July 1, 2006 must be pre-approved by Harmony Healthcare to be paid.

PROVIDER SECTION (To be filled out **only** by Provider):

Provider Name: _____

Provider Address: _____

License Type: MD, PhD, LCSW, MFCC, RN, Other: _____

License #: _____ Provider Telephone #: (_____) _____

Date this episode of treatment started: _____ Diagnosis: _____

Date anticipated for completion of treatment: _____

Axis I _____
Axis II _____
Axis III _____

I am interested in a single case agreement so that I may continue care with this patient after July 1, 2006 under Harmony Healthcare: Yes No

Provider, please **mail** this completed form to: **Harmony Healthcare**
1701 W. Charleston Blvd., Ste. 300
Las Vegas, NV 89102

Or **FAX** to: **(702) 471-0120**

Fondo de Salud Culinario – Unidad 150 del Plan
FORMULARIO DE TRANSICIÓN al Programa de Asistencia para
Trabajadores Culinarios

SECCIÓN DE DATOS DEL PARTICIPANTE:

Llene este formulario si usted o algún miembro de su familia está recibiendo tratamiento de la salud mental, de adicción al juego o de problemas de drogas o de alcohol:

Nombre del participante (empleado cubierto): _____

No. del seguro social: _____ - _____ - _____

Nombre del paciente (persona que recibe ayuda): _____

Relación con el participante: El participante mismo Esposo(a) Hijo a cargo Pareja por cohabitación habilitada

Dirección del paciente:

Teléfono del paciente: (_____) _____

Firme el permiso a continuación y lléveselo al profesional que lo está tratando para que lo llene. Después, entréguelo a Harmony Healthcare.
Gracias.

(Si se trata de un menor de 19 años, uno de los padres tiene que firmar)

Entrega de información: Yo, (nombre del paciente) _____, permito que (nombre del profesional de la salud) _____ divulgue la información que figura a continuación a: Harmony Healthcare, 1701 W. Charleston Blvd., Ste. 300, Las Vegas NV 89102. El propósito de esta información es ayudarme, que comienza del 1º de julio 2006. Después del 1º de julio 2006, todos los servicios de salud mental, o tratamientos para las adicciones deberán ser aprobados previamente por Harmony Healthcare para que se puedan pagar.

SECCION PARA EL PROFESIONAL (para ser llenado únicamente por el profesional que presta el servicio):

Provider Name: _____

Provider Address: _____

License Type: MD, PhD, LCSW, MFCC, RN, Other: _____

License #: _____ Provider Telephone #: (_____) _____

Date this episode of treatment started: _____ Diagnosis: _____

Date anticipated for completion of treatment: _____
Axis I _____
Axis II _____
Axis III _____

I am interested in a single case agreement so that I may continue with this patient after July 1, 2006 under Harmony Healthcare: Yes No

Provider, please **mail** this completed form to: **Harmony Healthcare**
1701 W. Charleston Blvd., Ste. 300
Las Vegas, NV 89102

Or **FAX** to: **(702) 471-0120**