



Obtenga un Incentivo por Bienestar (*Wellness Reward*) de \$150

A los empleados:

Si usted fuera elegible, podría recibir un **incentivo por bienestar (*Wellness Reward*) de \$150**. Su departamento no puede ofrecerles evaluaciones de salud en el lugar de trabajo durante la pandemia del COVID 19. Deberá completar los siguientes dos pasos **antes del 9 de octubre del 2020**:

Paso 1: Evaluación de su salud (Escoja la opción 1, 2, o 3).

- **Opción 1: En papel**

Llame a *StayWell* al 1-800-821-6591 para solicitar una copia impresa del formulario de evaluación o valoración de salud (*Health Assessment*) en inglés o en español.

- **Opción 2: Por teléfono**

Llame a *StayWell* al 1-800-821-6591 para completar la evaluación de salud (*Health Assessment*) por teléfono. Hay servicios de interpretación disponibles en todos los idiomas.

- **Opción 3: En línea**

Complete la evaluación de salud (*Health Assessment*) en línea en el siguiente enlace:

www.wellwisconsin.staywell.com en inglés o en español. **Importante:** Para la opción 3: En línea, **también** deberá completar una **actividad de bienestar (*Well-being Activity*)** antes del 9 de octubre del 2020 mediante el portal de bienestar de *StayWell* para que pueda recibir la tarjeta de regalo Visa de \$150.00 dólares.

Paso 2: Chequeo de su salud (Seleccione la opción 1 o la 2).

- **Opción 1: En papel** Complete la versión impresa en papel del **formulario del proveedor de atención médica (*Healthcare Provider form*)** con la información de su última visita al doctor.

Debe incluir su:

- *Height* (Altura)
- *Weight* (Peso)
- *Blood Pressure* (Presión arterial)

- **Opción 2: Por teléfono**

Complete una sesión de orientación (***coaching session***) por teléfono. Para concertar una cita, llame a *StayWell* al 1-800-821-6591. Se dispone de servicios de interpretación por teléfono.

Si usted termina los **Pasos 1 y 2** antes del 9 de octubre del 2020, automáticamente calificará para recibir por correo la tarjeta de regalo Visa de \$150.00 dólares. **Si no la recibe a más tardar el 23 de octubre del 2020, llame a *StayWell*.**

¿Preguntas? Llame a la línea de ayuda *StayWell* al 1-800-821-6591.

* Todos los incentivos de bienestar de *Staywell* que reciban los participantes de los programas de seguro de salud del estado de Wisconsin (*State of Wisconsin Group Health Insurance Programs*) son considerados como beneficios adicionales sujetos a impuestos. Su plan de salud deberá informar a su empleador sobre los mismos para fines de impuestos. Los datos sobre su salud (incluida sus respuestas en el formulario de evaluación) están protegidos bajo la ley federal, y no se compartirá con ETF, el Programa de Seguros de *Group Health* o con su empleador.

* Esta actividad es voluntaria. No reemplaza la atención que usted recibe de su médico. Las evaluaciones de salud y bienestar no diagnostican problemas ni recomiendan tratamientos.



¿Cómo completar el Formulario del Proveedor de Atención Médica? (*Health Care Provider Form*)

Llene el formulario del proveedor de atención médica (*Health Care Provider Form*) con los resultados de su última visita al doctor. Complete y entregue este formulario antes del **9 de octubre del 2020**.

- Use la información/datos obtenidos en su última visita al doctor.
- Si usted completa este formulario, **no** necesita llamar a *StayWell* para el chequeo de salud (*Health Check*).

Paso 1: Escriba su:

- *First Name* (Nombres)
- *Last Name* (Apellidos)
- *Date of Birth* (*Month, Day, Year*) [Fecha de nacimiento (mes, día, año)]

Paso 2: Lea la información sobre su autorización. Luego,

- Ponga su firma
- Escriba la fecha

Paso 3: Complete la información requerida sobre su revisión médica más reciente.

- *Blood Pressure* (Presión arterial)
 - *Systolic* (Sistólica)
 - *Diastolic* (Diastólica)
 - *Date of Test* (Fecha del examen)
- *Height* (Altura)
 - *Feet* (Pies)
 - *Inches* (Pulgadas)
- *Weight* (*pounds*) [Peso (en libras)]
 - *Date of Measurements* (Fecha de medición)

Paso 4: Entregue este formulario (*Health Care Provider Form*) a más tardar el **9 de octubre del 2020**.

- Por fax al 240-477-1521, o
- Por correo postal a:
US Wellness
20400 Observation Drive #100
Germantown, MD 20876

¿Preguntas? Llame a la línea de ayuda de *StayWell* al 1-800-821-6591.

* Todos los incentivos de bienestar de *Staywell* que reciban los participantes de los programas de seguro de salud del estado de Wisconsin (*State of Wisconsin Group Health Insurance Programs*) son considerados como beneficios adicionales sujetos a impuestos. Su plan de salud deberá informar a su empleador sobre los mismos para fines de impuestos. Los datos sobre su salud (incluida sus respuestas en el formulario de evaluación) están protegidos bajo la ley federal, y no se compartirá con ETF, el Programa de Seguros de *Group Health* o con su empleador.

* Esta actividad es voluntaria. No reemplaza la atención que usted recibe de su médico. Las evaluaciones de salud y bienestar no diagnostican problemas ni recomiendan tratamientos.

HEALTH CARE PROVIDER FORM – WELL WISCONSIN PROGRAM

Complete Steps 1-4 on this form to verify that you are current on your preventive healthcare. Submit this form by October 9, 2020. Print clearly.

STEP 1: Please note this information must match your health insurance enrollment data

First Name	Last Name	
Date of Birth (Month Day Year)	Phone Number	
E-mail address		

STEP 2: Complete I understand that StayWell and US Wellness, Inc. may use and disclose my personally identifiable information and screenings results collected on this form (my "Personal Information"), in order to provide wellness program services to me, on behalf of the sponsoring entity. Except for my actual screening results, StayWell may provide my Personal Information to my sponsoring entity or its designated representative to (i) notify them of whether I am eligible for the incentive, and/or (ii) provide them with program participation information. StayWell and US Wellness, Inc. may use my Personal Information for anonymous group statistical research and analysis and may combine my Personal Information with information collected from other participants to create anonymous aggregate data reports. StayWell may provide my Personal Information to (i) my health plan or its vendors for purposes of treatment, payment, and health care operations, including benefits administration, appeals, and incentive management, and (ii) the plan sponsor of my health plan for plan administration functions in accordance with the 45 C.F.R. 164.504. The Well Wisconsin Program ("Program") is a voluntary wellness program administered per the Genetic Information Nondiscrimination Act ("GINA") and other applicable law. If you participate in the Program, you will be asked to complete a voluntary health risk assessment, which requests certain information, including whether you have ever had certain medical conditions, diseases or disorders ("Protected Information"). The Program uses Protected Information to help you understand potential health risks and to offer disease management programs, coaching and other services. The Program safeguards the privacy and security of any Protected Information you provide consistent with applicable law. Protected Information may be disclosed to you and any licensed health care professionals or board certified genetic counselors to provide you with Program services and will not be sold, exchanged, transferred or otherwise disclosed, except as permitted by law to carry out Program-related activities. You will not be asked to waive the confidentiality of this information as a condition of participating in the Program or receiving any incentive. No Protected Information will be used in making any employment decision and such information will be disclosed to your employer only in aggregate terms that do not disclose your specific identity.

X _____ Date _____
 Participant Signature Authorizing Disclosure (REQUIRED)

STEP 3: Complete PREGNANT Yes No

REQUIRED VALUES	ADDITIONAL VALUES* (if recommended by your doctor)	
<p>Blood Pressure</p> <p>Systolic <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Diastolic <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Date of Test</p> <p><input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>(Month) (Day) (Year)</p> <hr/> <p>Height</p> <p><input style="width: 30px;" type="text"/> (Feet) <input style="width: 30px;" type="text"/> (Inches)</p> <p>Weight (lbs) <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Date of Measurement</p> <p><input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>(Month) (Day) (Year)</p>	<p>Cholesterol</p> <p>Total Cholesterol <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>HDL Cholesterol <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>LDL Cholesterol <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Triglycerides <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Were you fasting for more than 8 hours prior to this test? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Date of Test:</p> <p><input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>(Month) (Day) (Year)</p>	<p>Glucose (Blood Sugar)</p> <p><input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Were you fasting for more than 8 hours prior to this test? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Date of Test</p> <p><input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>(Month) (Day) (Year)</p> <p><small>*Please note, you may be responsible for out of pocket costs associated with these lab tests.</small></p>

Health Care Provider Name _____ Health Care Clinic _____ Phone Number _____

STEP 4: Submit Form by 10/09/2020 Participant may fax this form to 240-477-1521, mail it to US Wellness at 20400 Observation Drive #100, Germantown, MD 20876 or securely upload it electronically at <https://wellwi.uswellness.com/offsite>. If you entered your email address, you will receive verification that your form has been received within two business days.