



## Incentivo de bienestar de \$150

A los empleados,

¡Es fácil obtener el incentivo de bienestar (*Wellness Reward*) de \$150! Deberá completar los siguientes pasos a más tardar el **13 de octubre de 2023**:

### 1. Evaluación de salud (*Health Assessment*)

- Llame al 1-800-821-6591 para completar la evaluación de salud (*Health Assessment*) **por teléfono**. Usted puede solicitar servicios de interpretación en su idioma.
  -
- Llame al 1-800-821-6591 para pedir una copia impresa (**papel**) del formulario de evaluación de salud en inglés o en español. (Para otro idioma diferente, complete la evaluación por teléfono con un intérprete).

### 2. Chequeo de salud

- Llame al 1-800-821-6591 para programar una **sesión de orientación (*coaching session*) de 30-minutos**. Estas sesiones se hacen por teléfono y usted puede solicitar los servicios de un intérprete.
  -
- Complete el **Formulario del proveedor de atención médica (*Healthcare Provider Form*)**.
  - Llévelo al formulario al doctor cuando acuda a una cita, o use la información de su última visita.
  - Envíe el formulario ya completado **antes del 13 de octubre de 2023**.
  - Solo necesita escribir su: **presión arterial (*blood pressure*), estatura (*height*), y peso (*weight*)**.

Si usted completa la Evaluación de salud (*Health Assessment*) y el Chequeo de salud (*Health Check*) antes del 13 de octubre, recibirá una tarjeta de incentivo Visa de \$150 por correo.

Si no recibe la tarjeta de regalo antes del 15 de diciembre (o si tiene alguna pregunta), llame al 1-800-821-6591.

\* El incentivo de \$150 es un ingreso imponible que se reporta a su empleador para fines de pago de impuestos.

\* La participación en este incentivo es voluntaria. Los datos sobre su salud o sus respuestas en el formulario de evaluación no se compartirán con *ETF*, el Programa de Seguros de *Group Health* ni con su empleador.

\* Este programa no reemplaza la atención que usted recibe de su médico. Las evaluaciones de salud y bienestar no diagnostican problemas ni recomiendan tratamientos. Hable siempre con su doctor sobre su salud.

# Complete el Formulario del Proveedor de Atención Médica (*Health Care Provider Form*)

Llene y entregue este formulario antes del **13 de octubre de 2023**.

- Pídale al doctor que complete el formulario durante su visita o utilice la información/datos obtenidos en su última visita.
- Si usted completa este formulario, **no** necesita participar en una sesión de orientación por teléfono.

**Paso 1** - Escriba su:

- *First and last name (same as it is on your employer's records)* [Nombres y apellidos (el mismo que aparece en su expediente de empleado)].
- *Date of Birth (Month, Day, Year)* [Fecha de nacimiento (mes, día, año)].

**Paso 2** - Escriba su:

- *blood pressure (systolic and diastolic)* [Presión arterial (sistólica y diastólica)].
- *height (feet and inches)* [Estatura (pies y pulgadas)].
- *weight (pounds)* [Peso (en libras)].

(La otra información del Paso 2 es **opcional**. Usted **no** tiene que escribirla/ponerla).

**Paso 3** - Lea la información sobre su autorización. Luego,

- Fírmelo con su nombre
- Escriba la fecha

**Paso 4** – Entregue este formulario a más tardad el **13 de octubre de 2023**:

- Por fax al: 402-218-4378,
- Cargarlo/subirlo electrónicamente en: [totalwellnesshealth.com/gravity-landing/wellwi/](https://totalwellnesshealth.com/gravity-landing/wellwi/), o
- Por correo postal a:

*TotalWellness*  
*Attn: Data Team*  
9320 H Court  
Omaha, NE 68127

**¿Tiene preguntas?** Llame al 1-800-821-6591.

\*El incentivo de \$150 es un ingreso imponible que se reporta a su empleador para fines de pago de impuestos.

\*La participación en este incentivo es voluntaria. Los datos sobre su salud o sus respuestas en el formulario de evaluación no se compartirán con *ETF*, el Programa de Seguros de *Group Health* ni con su empleador/patrono.

\*Este programa no reemplaza la atención que usted recibe de su médico. Las evaluaciones de salud y bienestar no diagnostican problemas ni recomiendan tratamientos. Hable siempre con su doctor sobre su salud.

## Health Care Provider Form – Well Wisconsin Program

**Instructions:**

Complete Steps 1-4 on this form to verify that you are current on your preventive healthcare.

Submit this form by **October 13, 2023**. Print clearly.**Step 1: Please note this information must match your health insurance enrollment data****First Name:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Last Name:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Date of Birth:** (mm/dd/yyyy)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Email:** (Required to provide confirmation of form receipt.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Did you fast for at least 9 hours before your lab work or screening?** (No food. Only water permitted.) Yes No**Are you pregnant?** Yes No N/A**Step 2: Complete****Date of Screening:** (mm/dd/yyyy)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**REQUIRED****Blood Pressure:**

		/		
--	--	---	--	--

Systolic

Diastolic

**REQUIRED****Height:**

--	--	--

Ft.

Inches

**REQUIRED****Weight:**

--	--	--

Lbs.

**Waist:**

--	--

Inches

**Glucose:**

--	--	--

**Total Cholesterol:**

--	--	--

**HDL:**

--	--	--

**LDL:**

--	--	--

**Triglycerides:**

--	--	--

**Health Care Provider Name:** \_\_\_\_\_**Phone Number:** \_\_\_\_\_**Health Care Clinic:** \_\_\_\_\_**Step 3: Complete**

**Disclosure of Information.** I understand that the information submitted on this form (my "Personal Information") will be transferred to WebMD by TotalWellness. My Personal Information is used by WebMD to provide wellness program services to me, which includes using the Personal Information to inform me of relevant health related and health education programs offered by WebMD or by another service contractor. In the event that WebMD's services are transitioned to another service provider, WebMD may deliver my Personal Information to the successor provider to maintain a continuity of services for me. In order to distribute any incentives, WebMD may provide my name/unique ID to my employer or its designated representative to notify them of the fact that I am eligible for the incentive. In addition to any Personal Information disclosed as set forth above, aggregate, de-identified survey results may be made available to my employer for program administration purposes. WebMD may also use my Personal Information as part of group statistical research and analysis, in a manner that does not identify me. I also understand that my Personal Information may be incorporated into my Health Assessment results by WebMD. Except for these types of usage and the uses specified in my WebMD Online terms of use and Privacy Policy, available under the "Policies" link at the bottom of the following URL ([webmdhealth.com/wellwisconsin](http://webmdhealth.com/wellwisconsin)), my Personal Information will not be disclosed by WebMD. WebMD understands that Personal Information may be considered protected health information that is subject to the privacy and security rules of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended ("HIPAA"). WebMD will comply with the HIPAA to the extent applicable.

**GINA Notice and Authorization.** This screening is part of your employer's wellness program ("Employer Program"), which is a voluntary wellness program administered according to federal rules, including the Genetic Information Nondiscrimination Act ("GINA"). The results of this screening may be considered information protected under GINA ("GINA Protected Information"). GINA requires that you receive this GINA Notice and Authorization prior to undergoing the screening. Your Employer Program uses GINA Protected Information to help you understand your potential health risks and to offer you other wellness program services. The Employer Program safeguards GINA protected information and will not disclose any GINA Protected Information, except as permitted by GINA and other applicable law. Your GINA Protected Information will be disclosed to you and to vendors of the Employer Program, for purposes of providing you with Employer Program services. Your GINA Protected Information will not be sold, exchanged or transferred, except to the extent permitted by law to carry out activities related to the Employer Program. You will not be asked to waive the confidentiality of this information as a condition of participating in the Employer Program or as a condition of receiving any incentive. Your GINA Protected Information will only be disclosed to your employer in aggregate terms that do not disclose your specific identity. You may not be discriminated against in employment because of the GINA Protected Information you provide as part of participating in the wellness program, nor may you be subjected to retaliation if you choose not to participate.

**Certification:** By signing this form, I certify that the information supplied on this form is accurate and has been provided by me by my physician.

**X****Participant Signature Authorizing Disclosure (REQUIRED)****Date**

**Step 4: Submit Form by 10/13/2023** Participants may fax this form to 402-218-4378, mail it to TotalWellness, Attn: Data Team, 9320 H Court, Omaha, NE 68127 or securely upload it electronically at [totalwellnesshealth.com/gravity-landing/wellwi/](http://totalwellnesshealth.com/gravity-landing/wellwi/). If you entered your email address, you will receive verification that your form has been received within two business days.