UB-296 (12-96)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

REPORT OF ILLNESS OR PHYSICAL DISABILITY

Equal Opportunity Employer/Program

For alternative format/reasonable accommodations: contact your local office manager ◆ Español en el reverso.

CLAIMANT'S NAME *(Last, First, M.I.)*	SOC. SEC. NO.

PATIENT'S NAME *(Last, First, M.I.)*	CLAIMANT'S PRIMARY OCCUPATION

☐ Yes ☐ No Is the claimant the patient?

STATEMENT OF AUTHORIZATION: I authorize you to release the information requested below to the Department of Economic Security with the understanding that it will be used to make a determination of eligibility for unemployment insurance benefits.

CLAIMANT'S SIGNATURE	DATE

SECTION I **TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN**

☐ Mr.
☐ Ms. _____ has been most recently under my

for _____ from _____ to _____
(Nature of Illness) *(Date)* *(Date)*

IF THE CLAIMANT IS THE PATIENT, SECTION II MUST BE COMPLETED BY PHYSICIAN MAKING THE RECOMMENDATIONS OF CARE AND RELOCATION. IF NOT, PROCEED TO SECTION III.

SECTION II

☐ Yes ☐ No 1. In your opinion has the patient been able to work? If you answered no, please complete the following:

a. The patient was unable to work full-time as of _____.

b. The patient ☐ was ☐ will be able to work full-time as of _____.

c. Are there any work restrictions *(lifting, driving, walking, etc.)* ? Please list and specify:

_____

_____

2. In your opinion was it necessary for the patient to: **Date Patient Advised**

☐ Yes ☐ No a. Take time off from work for treatment and/or recovery? _____

☐ Yes ☐ No b. Change occupations? _____

☐ Yes ☐ No c. Move to another area? _____

COMPLETE ONLY IF APPLICABLE

3. Prenatal
   a. Expected date of birth _____
   b. Patient should not work after _____

4. Postnatal
   c. Date of birth _____
   d. Patient can work full-time by _____

SECTION III

☐ Yes ☐ No 1. In your opinion, did the patient need full-time care during the period of treatment and/or recovery?

☐ Yes ☐ No 2. Was the claimant's presence necessary in providing care/treatment of the patient?

TYPE OF CARE	DATE NEEDED

Return completed form to patient or mail to:

•

•

PHYSICIAN'S SIGNATURE	DATE
PHYSICIAN'S PRINTED NAME	PHONE NO.

PHYSICIAN'S ADDRESS *(No., Street)*

(City, State, ZIP)

•

•

UB-296 (12-96) - REVERSE

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA

INFORME DE ENFERMEDAD O INCAPACIDAD FISICA

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Para formato diferente/acomodaciones razonaboes: hable con gerente de su oficina local ◆ English on front.

NOMBRE DEL RECLAMANTE *(Apellido, nombre de pila, inicial)*	NUM. SEG. SOC.

NOMBRE DEL PACIENTE *(Apellido, nombre de pila, inicial)*	OFICIO PRINCIPAL DEL RECLAMANTE

☐ Sí ☐ No ¿Es el reclamante el paciente?

DECLARACION DE AUTORIZACION: Yo autorizo que se dé la información solicitada al Departamento de Seguro Económico con el entendimiento de que se usará para hacer una determinación de elegibilidad para beneficios de seguro por desempleo.

FIRMA DEL RECLAMANTE	FECHA

SECCION I **DEBERA COMPLETARSE POR UN MEDICO**

☐ Sr.

☐ Sra/Srta. _____ ha estado recientemente bajo mi cuidado

por _____ desde _____ hasta _____

(Naturaleza de la Enfermedad) *(Fecha)* *(Fecha)*

SI EL RECLAMANTE ES EL PACIENTE, EL MEDICO DEBERA COMPLETAR LA SECCION II HACIENDO LAS RECOMENDACIONES DE CUIDADO Y DE REUBICACION. SI NO ES ASI, PROCEDA A LA SECCION III.

SECCION II

☐ Sí ☐ No 1. En su opinión, ¿ha podido trabajar el paciente? Si contestó no, llene siguiente:

a. El paciente no pudo trabajar tiempo completo a partir de _____.

b. El paciente ☐ pudo ☐ podrá trabajar tiempo completo a partir de _____

c. ¿Hay restricciones de trabajo? *(levantar, manejar, caminar, etc.)* Anote y especifique:

_____

_____

2. En su opinión, ¿fue necesario que el paciente:

		Fecha en que se le aconsejó
☐ Sí ☐ No	a. Dejara de trabajar para tratamiento o recuperación?	_____
☐ Sí ☐ No	b. Cambiara de oficio?	_____
☐ Sí ☐ No	c. Se trasladara a otro área?	_____

LLENE SOLO SI SE APLICA A UD.

3. Prenatal
   a. Fecha en que se espera al bebé _____
   b. La paciente no debe trabajar a partir de _____

4. Postnatal
   c. Fecha de nacimiento _____
   d. La paciente puede trabajar tiempo completo a partir de

SECCION III

☐ Sí ☐ No 1. En su opinión, ¿necesitó el paciente cuidado de tiempo completo durante el periodo de tratamiento y/o recuperación?

☐ Sí ☐ No 2. ¿Fue necesaria la presencia del reclamante al proveer cuidado/tratamiento al paciente?

CLASE DE CUIDADO	FECHA

Regrese el formulario rellenado al paciente o envíelo a:

•

•

FIRMA DEL MEDICO	FECHA
NOMBRE IMPRESO DEL MEDICO	TEL.

DOMICILIO DEL MEDICO *(Núm., Calle)*

(Ciudad, Estado, Zona)

•

•