



Benefits⁺
Your Trusted Wellness Partner

My Health/My Choices Incentive Program Healthy Lifestyle Activities Form

To be completed by Indemnity PPO Medical Plan Participants (and covered spouse/domestic partner).

You and your covered spouse/domestic partner may each receive an Earned Health Reimbursement Account (HRA) Contribution to your HRA when you each complete and provide verification for the Healthy Lifestyle Activities shown on the back of this form. (Earned HRA Contribution per activity: \$150 for Platinum Plus/Platinum Participants or \$125 for Gold/Silver Participants.*) **Each of you**

To report your Healthy Lifestyle Activities to the Fund Office, complete this form and return it to the Fund Office with your supporting documentation. If you have questions, call the Fund Office at 714-220-2297, 562-408-2715 or 877-284-2320 (extension 424, all numbers).



may receive Earned HRA Contributions for up to two different activities completed from June 1 through May 31 of the program year.

Remember, your Healthy Lifestyle Activities must be completed by May 31st, to receive an Earned HRA Contribution for the program year.

**Not to exceed the maximum allowable contribution per year. If you have dual coverage, please contact the Fund Office.*

Programa de incentivos Mi Salud/Mis Opciones Formulario de Actividades de estilo de vida saludable

Para Participantes (y cónyuge/pareja domestica inscrito/a) en el Plan Médico Indemnity PPO

Usted y su cónyuge/pareja domestica (si esta inscrito en el plan) pueden recibir, cada uno, una contribución ganada para su HRA cuando cada uno complete una de las Actividades de estilo de vida saludable (Healthy Lifestyle Activities) nombradas al reverso de este formulario. (La contribución ganada para su HRA: \$150 para Participantes Platinum Plus/Platinum o \$125

Para reportar sus Actividades de estilo de vida saludable, complete este formulario, incluya la documentación especificada y envíela a la Oficina del Fondo. Si tiene preguntas, llame a la Oficina del Fondo al 714-220-2297, 562-408-2715 ó 877-284-2320 (extension 424 para los tres numeros).



para Participantes en el Plan Gold/Silver.*) **Cada uno puede recibir una contribución ganada para su HRA hasta por dos actividades que sean completadas entre el 1° de junio hasta el 31 de Mayo del año actual del programa.**

Recuerde, las Actividades de estilo de vida saludable deben ser completadas a mas tardar el 31 de mayo, para recibir una Contribución HRA Ganada para el año del program.

**Sin exceder la contribución maxima permitida por año. Si tiene cobertura doble (Dual Coverage), por favor comuníquese a la Oficina del Fondo.*



Southern California United Food & Commercial Workers Unions
and Food Employers Joint Benefit Funds Administration, LLC
6425 Katella Avenue, Cypress, California 90630-5238
P.O. Box 6010, Cypress, California 90630-0010 • scufcwfunfunds.com

8630074918



FM ME HR22 0118

**My Health/My Choices Incentive Program
Healthy Lifestyle Activities Reporting Form**

UFCW PARTICIPANT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE DE UFCW

This first section is for the UFCW Participant to complete whether the services were for the Participant or your Covered Spouse/Domestic Partner.
Esta sección debe ser completada por el Participante de UFCW, aun cuando los servicios sean para el Participante o su cónyuge/pareja doméstica.

1. UFCW Participant's Social Security Number <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> OR <input type="text"/>	Family ID <input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 8px;"> For accuracy, please print in capital letters and avoid the edge of the box. </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td></tr> <tr><td>N</td><td>O</td><td>P</td><td>Q</td><td>R</td><td>S</td><td>T</td><td>U</td><td>V</td><td>W</td><td>X</td><td>Y</td><td>Z</td></tr> </table>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M																
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z																
2. UFCW Participant's Full Name / Nombre completo del Participante de UFCW <input style="width:100%;" type="text"/>																												

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

This section is to be filled out by the Patient (Self or Spouse) who performed the activity, as checked in #3.
Esta sección debe ser completada por la persona que realizó la actividad.

3. This form is for: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Covered Spouse/Domestic Partner* Esta forma es para: <input type="checkbox"/> <i>Sí mismo</i> <input type="checkbox"/> <i>Cónyuge/Pareja doméstica inscrito/a</i>	4. Spouse/Domestic Partner SSN / Cónyuge/Pareja doméstica <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>*Applies if Covered Spouse/Domestic Partner box is checked Aplica si seleccionó "cónyuge/pareja doméstica inscrito/a"</small>
You must complete a separate form for each person / Debe completar una forma por persona.	
5. Patient's First Name / Nombre del paciente <input style="width:100%;" type="text"/>	6. Mid Int. / Inicial <input style="width:50px;" type="text"/>
7. Patient's Last Name / Apellido del paciente <input style="width:100%;" type="text"/>	8. Date of Birth / Fecha de Nacimiento <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:40px;" type="text"/> m m d d y y y y

I am reporting the following activities (check those that apply).
Estoy reportando las siguientes actividades (seleccione las que apliquen).

Activity / Actividad	MUST Attach Required Documentation <i>Adjunte los documentos requeridos</i>			
<input type="checkbox"/> 9. I joined and participated in a national/regional weight management program for at least three months. <i>Me inscribí y participé por un mínimo de tres meses en un programa de control de peso nacional/regional.</i>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;">9a. Program Name: / Nombre del programa:</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">Program membership card (for consecutive three-month period) or bill for membership payment showing "paid" (for consecutive three-month period). <i>Tarjeta de membresía del programa (por un periodo consecutivo de tres meses) o un recibo demostrando que la membresía (por in periodo consecutivo de tres meses).</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9b. Participation Date(s): / Fechas de participación:</td> </tr> </table>	9a. Program Name: / Nombre del programa:	Program membership card (for consecutive three-month period) or bill for membership payment showing "paid" (for consecutive three-month period). <i>Tarjeta de membresía del programa (por un periodo consecutivo de tres meses) o un recibo demostrando que la membresía (por in periodo consecutivo de tres meses).</i>	9b. Participation Date(s): / Fechas de participación:
9a. Program Name: / Nombre del programa:	Program membership card (for consecutive three-month period) or bill for membership payment showing "paid" (for consecutive three-month period). <i>Tarjeta de membresía del programa (por un periodo consecutivo de tres meses) o un recibo demostrando que la membresía (por in periodo consecutivo de tres meses).</i>			
9b. Participation Date(s): / Fechas de participación:				
<input type="checkbox"/> 10. I completed a tobacco cessation program. <i>Complete un programa para dejar el tabaco.</i>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;">10a. Program Name: / Nombre del programa:</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">Written verification from program sponsor or bill from program sponsor showing "paid". <i>Verificación por escrita del patrocinador del programa o un recibo demostrando que ya ha sido pagado del patrocinador del programa.</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">10b. Participation Date(s): / Fechas de participación:</td> </tr> </table>	10a. Program Name: / Nombre del programa:	Written verification from program sponsor or bill from program sponsor showing "paid". <i>Verificación por escrita del patrocinador del programa o un recibo demostrando que ya ha sido pagado del patrocinador del programa.</i>	10b. Participation Date(s): / Fechas de participación:
10a. Program Name: / Nombre del programa:	Written verification from program sponsor or bill from program sponsor showing "paid". <i>Verificación por escrita del patrocinador del programa o un recibo demostrando que ya ha sido pagado del patrocinador del programa.</i>			
10b. Participation Date(s): / Fechas de participación:				
<input type="checkbox"/> 11. I joined a gym, fitness center or other physical activity club/class (e.g., Pilates, tennis, yoga) for at least a three-month membership. <i>Me inscribí un mínimo de tres meses en un gimnasio y/o otra clase de actividad física (por ej. tenis, yoga).</i>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;">11a. Program/gym Name: / Nombre del Gimnasio:</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">Bill for membership payment showing "paid" (for consecutive three-month period). <i>Recibo de pago demostrando que la membresía (por un periodo consecutivo de tres meses) ya ha sido pagada.</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">11b. Participation Date(s): / Fechas de participación:</td> </tr> </table>	11a. Program/gym Name: / Nombre del Gimnasio:	Bill for membership payment showing "paid" (for consecutive three-month period). <i>Recibo de pago demostrando que la membresía (por un periodo consecutivo de tres meses) ya ha sido pagada.</i>	11b. Participation Date(s): / Fechas de participación:
11a. Program/gym Name: / Nombre del Gimnasio:	Bill for membership payment showing "paid" (for consecutive three-month period). <i>Recibo de pago demostrando que la membresía (por un periodo consecutivo de tres meses) ya ha sido pagada.</i>			
11b. Participation Date(s): / Fechas de participación:				
<input type="checkbox"/> 12. I participated in a 5K (or longer) run/walk/bike event (biathlon and triathlon included). <i>Participé en un maratón de 5K (o más) de correr/caminar/montar bicicleta - incluye biatlón y triatlón.</i>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;">12a. Event Name: / Nombre del Evento:</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">Copy of registration information and attendance at event (e.g., your participant number). <i>Copia de la información de registro y asistencia al evento (por ej. su número de participante).</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">12b. Participation Date(s): / Fechas de participación:</td> </tr> </table>	12a. Event Name: / Nombre del Evento:	Copy of registration information and attendance at event (e.g., your participant number). <i>Copia de la información de registro y asistencia al evento (por ej. su número de participante).</i>	12b. Participation Date(s): / Fechas de participación:
12a. Event Name: / Nombre del Evento:	Copy of registration information and attendance at event (e.g., your participant number). <i>Copia de la información de registro y asistencia al evento (por ej. su número de participante).</i>			
12b. Participation Date(s): / Fechas de participación:				

YOUR SIGNATURE

By signing this form, I acknowledge that all the above information is correct. I acknowledge that if I have falsely reported completing one or more activities, the Fund may, and has the right to, offset Earned HRA Contributions, reduce my HRA account balance or otherwise increase my out-of-pocket liability.
Al firmar esta forma, reconozco que esta información es correcta. Reconozco que si estoy reportando falsamente que completé una o más actividades, el Fondo puede, y tiene el derecho, a compensar la diferencia de las contribuciones ganadas para su HRA, reducir el balance de mi cuenta HRA o incrementar la responsabilidad de mi propio bolsillo.

Printed Name / Nombre
0388074910

Signature / Firma

Date / Fecha