

Please use this form to complete your annual physical exam and biometric screening with your provider between **12/1/2022 - 11/30/2023**. Please provide this form to your Provider so he or she can complete it and sign it. Amy's will **not** credit your full deductible under the medical plan in 2024 (\$1,500 for each individual on the plan and \$3,000 for the family) if an affidavit is not submitted by **11/30/2023**. **If you cover a spouse or domestic partner on Amy's PPO Plan, they must also complete this form for full family deductible credit.**

This section to be completed by Amy's Kitchen Employee or Spouse/Domestic Partner:

Employee Or Spouse/Domestic Partner Name: _____

DOB: _____ Amy's Employee ID# _____

Address: _____

Phone: _____ Check this box if you would like to receive a Delta TeamCare confirmation text (Message & data rates may apply).

Email: _____

Please circle your Amy's location: *Petaluma Remote* *Santa Rosa* *Pocatello* *Medford*

This section to be completed by the employee and/or spouse/domestic partner's physician:

<p>Annual Physical Exam with the: Basic Metabolic Blood Panel or Biometric Screening Assessment Complete between 12/1/2022 – 11/30/2023</p>
<p>(a) Annual Physical Exam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> This exam is to be completed by your physician and verified using this form. <p>(b) Age Appropriate Basic Metabolic Blood Panel or Biometric Screening Assessment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> This exam is to be completed by your physician and verified using this form.

Provider hereby acknowledges that the participant named above was provided with an annual physical exam and with a basic metabolic blood panel or biometric screening assessment on _____(date).

Registered Health Professional Stamp or Signature
(Not to be signed until after lab work has been completed)

Registered Health Professional Phone Number

Who received the annual exam with the metabolic panel or biometric screening on this date?
(Please check one only)

Employee

Spouse/Domestic Partner

Return this completed affidavit directly to Delta TeamCare no later than **11/30/2023** The form must be returned to them directly to ensure your annual exam is documented. If this affidavit is **not completed and returned** to Delta TeamCare, you will receive \$0 of your deductible for 2024. That means you would pay your full deductible out of pocket. **THERE WILL BE NO EXCEPTIONS.** We strongly recommend you keep a copy of this form, so you have proof you have completed your annual exam just in case your form is misplaced by your provider or lost in the transmission to Delta TeamCare. For any questions or if you didn't receive confirmation **within 5 business days**, please contact **Delta TeamCare** at **866-724-0032**.

RETURN YOUR FORM:

MAIL: Delta TeamCare
7110 N. Fresno Street, Suite 350
Fresno, CA 93720

EMAIL: amys@delapro.com

Por favor utilice este formulario para completar su examen físico anual y biométrico con su proveedor/a entre el **12/1/2022 - 11/30/2023**. Proporcione este formulario a su proveedor a para que pueda completarlo y firmarlo. Amy's no acreditará su deducible completo en el plan médico en 2024 (\$1,500 para cada individuo en el plan y \$ 3,000 para la familia) si no se presenta una declaración jurada antes del **11/30/2023**. **Si cubre a un cónyuge o pareja de hecho en el Plan PPO de Amy's, también deben completar este formulario para obtener un crédito completo con deducible familiar.**

Esta sección debe ser completada por el empleado de Amy's Kitchen o por la pareja domestica:

Nombre del Empleado o Esposo/a o Pareja domestica: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Amy's Numero de Empleado _____

Dirección: _____

Marque esta casilla si desea recibir un texto de confirmación de Delta TeamCare (Tarifas de mensajes y datos pueden aplicar).

#Telefono _____ Correo Electrónico: _____

Por favor circule su ubicación de trabajo: Petaluma Remoto Santa Rosa Pocatello Medford

Esta sección debe ser completada por el médico del empleado o la pareja domestica:

<p>Examen Físico Anual con el: Panel de Sangre Básico Metabólico o Evaluación Biométrica</p> <p>Complete entre 12/1/2022 – 11/30/2023</p>
<p>(a) Examen Anual Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Este examen tiene que completarlo su médico y verificar usando esta forma. <p>(b) Panel de Sangre Básico Metabólico adecuado para su edad o Examen Biométrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Este examen tiene que completarlo su médico y verificar usando esta forma.

El proveedor verifica que el participante nombrado en la parte superior de este documento, se le ha proporcionado un examen físico anual y con el panel de sangre básico metabólico o evaluación biométrica el _____ (fecha).

Sello o Firma del Profesional de Salud Registrado
(No debe firmarse hasta *después* que ya se haya llevado a cabo los exámenes de laboratorio.)

Número de Teléfono del Profesional de Salud Registrado

¿Quién recibió el examen físico con el panel metabólico o evaluación biométrica en esta fecha?
(Marque solamente uno)

Empleado/a

Esposo/a o Pareja Doméstica

Envíe esta declaración jurada completada directamente a Delta TeamCare, a no más tardar el **11/30/2023**. La forma tiene que ser enviada a ellos directamente para asegurar que su examen anual sea documentado. Si su declaración jurada **no está completada y sometida** a Delta TeamCare, usted recibirá \$0 de su deducible para el 2024. Esto quiere decir que usted pagaría su deducible de su bolsillo. **NO HABRA EXCEPCIONES**. Le recomendamos que mantenga una copia de este formulario como prueba de que ha cumplido con su examen anual, en caso de que su proveedor médico la extravíe o no llegue a Delta TeamCare durante la transmisión. Si tiene alguna pregunta o no ha recibido una **confirmación dentro 5 días hábiles** por favor comuníquese con **Delta TeamCare** al **866-724-0032**.

REGRESE SU FORMA:

POR CORREO: Delta TeamCare
7110 N. Fresno Street, Suite 350
Fresno, CA 93720-2933

CORREO ELECTRONICO: amys@delapro.com