

TOBACCO CESSATION PROGRAM

Welcome to the Premise Health Tobacco Free Program.

We look forward to providing you with the education and support you need to live tobacco free. The Shaw Medical Plan offers this program at no cost. As a bonus for taking part and completing this program, Shaw will waive the weekly additional charge for tobacco use. This fiscal benefit will become effective once the participant has completed the program requirements.

ANNUAL CRITERIA (per calendar year)	COMMITMENT
One visit with a Premise Health Wellness Coach	One Hour

To Enroll:

Complete this form and return it to the Shaw Family Health Center. You may fax it to 706.913.1269, or email a scanned copy to SFHC@PremiseHealth.com

Schedule Your Appointment:

Call 706.609.9960

For your convenience, your appointment can take place in person or by phone.

Associate ID #	(check one)	Associate:	Spouse:	Dependent:
Participant Name:		Date of Birth:		
Phone Number:		Email Address:		
Providers Name:				

By completing and signing this form, I am requesting to participate in the Tobacco Cessation Program offered through the Shaw Medical Plan. I understand my participation is voluntary and I will only be able to qualify for the benefits associated with this program if the criteria is met each year. I understand that my program benefit will not be active until completion of the program requirement each year.

Signature of Participant

Date



PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR

Bienvenidos al programa libre de tabaco de Premise Health

Esperamos poder brindarle la educación y la ayuda que necesita para vivir libre de tabaco. El Plan Médico Shaw ofrece este programa sin costo alguno. Como un bono por participar y finalizar este programa, el Centro Shaw no pagará el monto semanal y extra por el consumo de tabaco. Este beneficio fiscal se hará efectivo una vez que el participante haya realizado los requisitos del programa.

REQUISITOS ANUALES (por día calendario)	COMPROMISO
Una vista al Orientador de Bienestar del Centro.	Una hora

Para inscribirse:

Complete este formulario y entréguelo al Shaw Family Health Center. Puede enviarlo por fax al 706.913.1269, o puede enviar una copia escaneada al SFHC@PremiseHealth.com

Haga una cita:

Llame al 706.609.9960

Para su comodidad, su cita puede realizarse de manera personal o por teléfono.

Id. del asociado # Dependiente:	(haga una tilde en uno)	Asociado:	Esposa/o:
Nombre del participante:	Fecha de nacimiento:		
Número de teléfono:	Correo electrónico:		
Nombre del proveedor:			

Al completar y firmar este formulario, solicito participar en el Programa para Dejar de Fumar ofrecido a través del Plan Médico Shaw. Entiendo que mi participación es de carácter voluntario y solo podré calificar para los beneficios de este programa si, cada año, se cumplen los requisitos. Entiendo que el beneficio de mi programa no estará activo hasta que se complete el requisito del programa cada año

Firma del Participante

Fecha