



Maternity Management Program

Congratulations on your growing family!

The Maternity Management Program is offered to all Shaw associates, regardless of enrollment in the medical plan, and covered dependents at no cost with a goal of providing nutrition and wellness coaching throughout your pregnancy.

As a bonus for taking part and completing this program, Shaw will provide an incentive of \$100 per coaching session, up to a maximum of \$400. If you are HSA eligible with an open Optum account, incentive dollars are deposited into your HSA. If you do not have an Optum HSA, your incentive dollars are paid to you via payroll check as taxable income.

<i>Required Appointments</i>	<i>\$ Earned</i>
<i>1st Wellness Coaching Appointment</i>	<i>\$100</i>
<i>1st Nutrition Coaching Appointment</i>	<i>\$100</i>
<i>2nd Wellness Coaching Appointment</i>	<i>\$100</i>
<i>2nd Nutrition Coaching Appointment</i>	<i>\$100</i>

Note: All incentives will be processed for payment about 4-6 weeks after your appointment.

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.

After you enroll, schedule your appointment: Call 706.609.9960. For your convenience, your appointment can be either in person or over the phone.

Associate ID #			
Check One	Associate	Spouse	Dependent
Participant Name		Date of Birth	
Phone Number		Email Address	
Primary Doctor Name		Primary Doctor Phone #	
Obstetrician Name		Obstetrician Phone #	

By completing and signing this form, I am requesting to participate in the Maternity Management Program offered by Shaw through Premise Health. I understand my participation is voluntary and I will only be able to qualify for the benefits associated with this program if the criteria and timing is met. I understand that my program benefit will not be paid until completion of the program. This enrollment is effective through the full term of the pregnancy and will not automatically renew for another pregnancy. By signing, I acknowledge understanding of the criteria and timing and that the program and plan are subject to change

Signature of Participant _____ Date _____



Programa de Gestión de Maternidad

¡Felicidades por su familia en crecimiento!

El Programa de Gestión de Maternidad se ofrece a todos los asociados de Shaw, independientemente de su inscripción en el plan médico, y a los dependientes cubiertos sin costo con el objetivo de brindar asesoramiento sobre nutrición y bienestar durante todo el embarazo.

Como un bono por participar y completar este programa, Shaw le ofrecerá un incentivo de \$100 por sesión de coaching, hasta un máximo de \$400. Si cumple los requisitos para todas las citas deben programarse para HSA y tiene una cuenta Optum abierta, el dinero del incentivo se depositará en su HSA. Si no tiene una HSA de Optum, el dinero del incentivo se le pagará mediante un cheque de nómina como ingreso tributable.

Citas requeridas	\$ Ganado
1ª cita de coaching de bienestar	\$100
1ª cita de coaching nutricional	\$100
2ª cita de coaching de bienestar	\$100
2ª cita de coaching nutricional	\$100

NOTA: Todos los incentivos se procesarán para su pago aproximadamente entre 4 y 6 semanas después de su cita.

Para inscribirse: Complete este formulario y devuélvalo al Centro de Salud Familiar Shaw. Puede enviarla por fax al 706.913.1269 o escanearlo por correo electrónico a SFHC@PremiseHealth.com.

Después de inscribirse, programe su cita: llame al 706.609.9960. Para su conveniencia, puede programar su cita en persona o por teléfono.

Asociado ID #			
Marque Uno	Asociado	Cónyuge	Dependiente
Nombre del Participante		Fecha de Nacimiento	
Número de Teléfono		Correo Electrónico	
Nombre del Médico Primario		Teléfono del Médico Primario	
Nombre del Obstetra		Teléfono del Obstetra	

Al completar y firmar este formulario, solicito participar en el Programa de Gestión de Maternidad que ofrece Shaw a través de Premise Health. Entiendo que mi participación es voluntaria y que solo podré acceder a los beneficios de este programa si cumplo con los criterios y el plazo. Entiendo que mi beneficio del programa no se pagará hasta que lo complete. Esta inscripción es válida durante todo el embarazo y no se renovará automáticamente para otro embarazo. Al firmar, reconozco que comprendo los criterios y el plazo, y que el programa y el plan están sujetos a cambios.

Firma del Participante _____ Fecha _____