

Complete este formulario para ayudar a que SF City Option determine si usted califica para SF MRA, SF Covered MRA, o Healthy San Francisco. Después de presentar este formulario, SF City Option le informará para cuál programa de atención médica podría calificar, en un plazo de una a tres semanas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al **(415) 615-5720**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del pacífico.

* Campo obligatorio

* Nombre:	* Apellido:
* Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	* Numero de Seguro Social (ÚLTIMOS 4 DÍGITOS): <small>SF City Option usará su SSN únicamente para confirmar: (1) si su empleador ha hecho contribuciones a SF City Option en su nombre, y (2) si usted cumple con los requisitos o su inscripción en un programa de atención médica de SF City Option.</small>
* Dirección:	
* Ciudad:	* Estado:
* Código postal:	
* Número de teléfono primario: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil () —	Número de teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil () —
Dirección de correo electrónico: <small>Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, yo acepto recibir correos electrónicos de SF City Option sobre el programa de atención médica al que podría calificar y otras actualizaciones del programa.</small>	¿Cuál es su método de contacto preferido? <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico
* Nombre(s) del(los) empleador(es):	
* ¿Cuántas personas hay en su hogar? (Incluyendo usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus dependientes).	* ¿Cuál es el ingreso anual de su familia? \$
* ¿Cómo obtiene su cobertura médica?	
<input type="checkbox"/> Seguro médico comprado a través de Covered California <input type="checkbox"/> Seguro médico a través de mi cónyuge o plan de salud de los padres <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Seguro médico de mi empleador <input type="checkbox"/> Healthy San Francisco <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No tengo ninguna cobertura médica <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Cuál es su idioma hablado preferido?	¿Cuál es su idioma escrito preferido?
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otro: _____

• **Yo certifico** que la información proporcionada en este Program Finder Form de SF City Option es verdadera y exacta.

• **Entiendo** que:

1. Al presentar este Program Finder Form de SF City Option no estoy inscrito automáticamente en SF Covered MRA o Healthy San Francisco. Si pudiera cumplir con los requisitos de SF Covered MRA o Healthy San Francisco, deberé confirmar que cumplo con los requisitos para el programa e inscribirme en el programa de atención médica para el que califique en una cita en persona.

2. Si se aprueba mi solicitud para una SF MRA, solo los pagos que cumplen con los requisitos realizados por mi(s) empleador(es), se transferirán a una Cuenta de reembolso médico. Si recibo la aprobación para una SF MRA, acepto que todos los pagos futuros de mi(s) empleador(es) se depositen en una Cuenta de reembolso médico, hasta que me inscriba en otro programa de atención médica a través de San Francisco City Option, tal como SF Covered MRA o Healthy San Francisco.

* Firma: _____ * Fecha: _____

Envíe su formulario por correo postal a: San Francisco City Option • P.O. Box 194367, San Francisco, CA 94119

For SF City Option Internal Use Only RECEIVED DATE: _____ PROCESSED DATE: _____