

Kumpletuhin ang form na ito upang tulongan ang SF City Option na alamin kung kwalipikado kayo para sa SF MRA, SF Covered MRA, o Healthy San Francisco. Matapos ninyong isumite ang form na ito, sasabihin ng SF City Option sa inyo kung sa aling programa ng pangangalaga ng kalusugan kayo maaring kwalipikado sa loob ng 1-3 linggo.

Kung mayroon kayong anumang katanungan, mangyaring tawagan ang Customer Service sa **1(415) 615-5720**
Lunes hanggang Biyernes, 8:30n.u.-5:30n.h. Oras sa Pasipiko.

* Kinakailangang Sagutan na Patlang

* Pangalan:		* Apelyido:	
* Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):		* Social Security Number (HULING 4 NA NUMERO): <small>Gagamitin ng SF City Option ang inyong SSN para lamang kumpirmahin: (1) kung nagbigay ng kontribusyon ang isang employer sa SF City Option para sa inyo, at (2) ang inyong pagiging karapat-dapat o pagpapatala sa programa ng SF City Option na pangangalaga ng kalusugan.</small>	
* Adres:			
* Lungsod:	* Estado:	* Zip Code:	
* Pangunahing Numero ng Telepono: <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Trabaho <input type="checkbox"/> Mobile () —		Alternatibong Numero ng Telepono: <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Trabaho <input type="checkbox"/> Mobile () —	
Email Address: <small>Sa pagbibigay ng aking email address, sumasang-ayon ako na tumanggap ng mga email mula sa SF City Option tungkol sa kung aling programa ng pangangalaga ng kalusugan ako kwalipikado at omit iba pang bagong balita tungkol sa programa.</small>		Ano ang mas gustong ninyong paraan ng pakikipag-ugnayan? <input type="checkbox"/> Sulat sa Koreo <input type="checkbox"/> Telepono <input type="checkbox"/> Email	
* Pangalan ng (mga) Maypagawa:			
* Ilang tao ang nakatira sa inyong bahay? <small>(Isama ang inyong sarili, ang inyong asawa/domestic partner, at ang inyong mga dependent.)</small>		* Magkano ang kita ng inyong sambahayan taun-taon? \$	
* Paano ninyo natatanggap ang inyong health coverage? <input type="checkbox"/> Insurance sa kalusugan na binili sa pamamagitan ng Covered California <input type="checkbox"/> Insurance sa kalusugan mula sa aking asawa o planong pangkalusugan ng magulang <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Insurance sa kalusugan mula sa aking employer <input type="checkbox"/> Healthy San Francisco <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ <input type="checkbox"/> Wala akong anumang health coverage			
Ano ang mas gusto ninyong sinasalitang wika? <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Espanyol <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Iba pa: _____		Ano ang mas gusto ninyong isinusulat na wika? <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Espanyol <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Iba pa: _____	

• **Pinatutunayan ko** na ang impormasyong ibinibigay ko dito sa Program Finder Form ng SF City Option ay totoo at tumpak.

• **Naiintinidhan ko** na:

1. Sa pagsusumite nitong SF City Option Program Finder Form, hindi ako awtomatikong maitatala sa SF Covered MRA o sa Healthy San Francisco. Kung sakaling maging kwalipikado ako para sa SF Covered MRA o sa Healthy San Francisco, kakailanganin kong kumpirmahin ang aking pagiging karapat-dapat sa programa at magpatala sa programa sa pangangalaga ng kalusugan kung saan ako kwalipikado sa isang personal na appointment.

2. Kung maaprubahan ang aking aplikasyon para sa SF MRA, tanging ang mga kwalipikadong bayad na ibinigay ng aking (mga) employer ang maililipat sa isang Medical Reimbursement Account. Kung maaprubahan para sa isang SF MRA, sumasang-ayon ako na maideposito ang anumang bayad sa hinaharap mula sa aking (mga) employer sa isang Medical Reimbursement Account hanggang makapagpatala ako sa ibang programa sa pangangalaga ng kalusugan sa pamamagitan ng San Francisco City Option, tulad ng SF Covered MRA o Healthy San Francisco.

* Lagda: _____ * Petsa: _____

Ipadala omit ang inyong form sa: San Francisco City Option • P.O. Box 194367, San Francisco, CA 94119

For SF City Option Internal Use Only

RECEIVED DATE: _____

PROCESSED DATE: _____