SFMRA
YOUR ACCOUNT FOR HEALTH COSTS

SF MRA 登記表

為得到使用您的 SF 醫療報銷賬戶 (SF MRA) 福利，您先需要註冊。要註冊，請填寫並提交此表格。
所有資訊均保密。在 1-3 週內，SF City Option (SFCO) 將通知您的註冊狀況。

如有任何疑問，請於週一至週五太平洋時間 8:30am-5:30pm 撥打客戶服務部
1(877) 772-0415，或發送電子郵件至 **info@sfcityoption.org**。

此表格有英語、西班牙語、中文和他加祿語版本。
This form is available in English: **sfcityoption.org/enroll**
Este formulario está disponible en Español: **sfcityoption.org/es/enroll**
Magagamit ang form na ito sa Tagalog sa: **sfcityoption.org/tl/enroll**

更快地獲得您的結果！

為了更快地獲得，您可以在線註冊。
只需掃描二維碼或瀏覽：**sfcityoption.org/zh/enroll**

必填欄位

*名字：

*姓氏：

*出生日期 (月/日/年)： / /

*社會安全號碼：__ __ __-__ __-__ __ __ __

SF City Option 不會與移民或執法部門分享您的個人資訊。您的移民身份不會影響您加入 SF City Option 計畫的資格。

我們會將您的社會安全號碼、出生日期和姓名等個人身份資訊透露給 Covered California，以確定您是否有資格將您的 SF City Option 資金用於支付通過 Covered California 購買的保險計畫保費，此外，若您符合資格，協助您在此事情上應用您的 SF City Option 資金。若您沒有授權讓 SF City Option 透露您的個人身份資訊給 Covered California，請選中下面的方塊。

☐ 不要將我的個人身份資訊透露給 Covered California。

*通訊地址：

公寓/單元/樓/樓層號：

*城市：

*州：

*郵遞區號：

*主要電話號碼：只能選擇一項

☐ 家庭 ☐ 工作 ☐ 手機 ( ) —

首選聯絡方式?只能選擇一項

☐ 郵件 ☐ 電話 ☐ 電郵 ☐ 短信

通訊地址：

提供您的電話號碼及/或電子郵件地址，即表示您同意接收 SFCO 計畫的電子郵件、電話或簡訊。 若您不想再收到 SFCO 的電子郵件、電話或簡訊，請撥打客戶服務部電話 **1(877) 772-0415**，或傳送電子郵件至 **info@sfcityoption.org**。

*僱主姓名：

您的母語是什麼語言？只選擇一項

☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 粵語 ☐ 普通話 ☐ 越南語 ☐ 越南語 ☐ 俄語 ☐ 其他: _____

保證

☐ 我保證，據我所知，我在此表上提供的資料是真實準確的。我理解，如果我的 SF MRA 申請被批准，則我的僱主支付的合格款項將被匯至 SF MRA。如果我獲得 SF MRA，則我同意將我僱主以後支付的供款存入 SF MRA。

*簽名: _____ *日期: _____

將您的登記表郵寄至：San Francisco City Option • P.O. Box 194367, San Francisco, CA 94119
如有任何疑問，請於週一至週五太平洋時間 8:30am 至 5:30pm 撥打客戶服務部 **1(877) 772-0415,**
或發送電子郵件至 **info@sfcityoption.org.**

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