



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 (SF CO) 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**。

This form is available in Spanish, Chinese, and Tagalog
Este formulario está disponible en inglés, español, chino y tagalo
此表格有英語、西班牙語、中文和他加祿語版本
Mayroon ang form na ito sa Ingles, Espanyol, Tsino at Tagalog

更快地獲得您的結果！



為了更快地獲得C，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 (年/月/日)： / /		*社會安全號碼： _____ - _____ - _____	
*通訊地址：		我們僅使用所提供的信息 (包括您的 SSN) 將您的註冊與供款的僱主匹配，確認註冊或 SF City Option 計劃的資格，並最大限度地增加您賬戶的可用資金。	
公寓/單元/樓/樓層號：		SF City Option 不會與移民或執法部門分享您的個人信息。您的移民身份不會影響您參加 SF MRA 計劃的資格。	
*城市：	*州：	*郵遞區號：	
*主要電話號碼： 只能選擇一項 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 手機 () -		首選聯絡方式? 只能選擇一項 <input type="checkbox"/> 郵件 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 電郵	
通訊地址：		提供您的電話號碼及/或電子郵件地址，即表示您同意收到 SF CO 計畫的電子郵件或電話。如果您想停止收到 SF CO 的電話及/或電子郵件，請撥打客戶服務部 1(877) 772-0415，或發送電子郵件至 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: _____