SF MRA 註冊表格

SFMRA
YOUR ACCOUNT FOR HEALTH COSTS

準備好開始使用您的三藩市醫療償付帳戶 (SF MRA) 中的資金嗎？您首先需要進行註冊。要開始註冊，請填寫並寄回交此表格。您提供的所有資料將會被保密。

SF City Option (SFCO) 將在一至三週內通知您的註冊狀態。若您有任何疑問，請致電 SFCO 客戶服務部熱線 **1(877) 772-0415** 或傳送電郵至 **info@sfcityoption.org**。我們的營業時間為週一至週五，太平洋時間上午 8:00 至下午 5:00。本表格提供英文、西班牙文、中文、他加祿文和越南文版本。

更快地獲得結果！

為了更快獲得您的福利，請線上註冊。
只需掃描二維碼或造訪：
sfcityoption.org/zh/enroll

*必填欄位

*名：

*姓：

*出生日期 (月/日/年)：

*社會安全號碼： __ __ __-__ __ -__ __ __ __

SFCO 不會與移民機構或執法部門分享您的個人資料。您的移民身分不會影響您獲得 SFCO 的資格。SFCO 會與 Covered California 分享您的個人資料 (例如您的社會安全號碼、生日和姓名)。這有助於我們瞭解您是否可以使用 SF MRA 資金支付透過 Covered California 購買的保險計劃保費。如果您符合條件，我們可以協助您將資金用於此用途。

如果您不希望 SFCO 與 Covered California 分享您的個人資料，請勾選下方方框。

☐ 請勿與 Covered California 分享我的資料

*郵寄地址：

公寓/單位/大樓/樓層：

*城市：

*州：

*郵遞區號：

*主要電話號碼：僅選擇一項

☐住宅 ☐工作 ☐手機 (　　)

電郵地址：

您首選的聯絡方式是什麼？僅選擇一項

☐郵件 ☐電話 ☐電郵 ☐簡訊

透過提供您的電話號碼及/或電郵地址，即表示您同意接收 SFCO 的電郵、電話或簡訊。不想接收 SFCO 的電郵、電話或簡訊？請致電客戶服務部：**1(877) 772-0415** 或傳送電郵至 **info@sfcityoption.org**。

*僱主姓名：

*您的首選語言是什麼？僅選擇一項

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

保證

☐我保證，據我所知，我在本表格上提供的資料是真實準確的。我理解，如果我的 SF MRA 申請獲得批准，只有由我的僱主支付的符合條件的款項會存入我的 SF MRA。如果我獲批 SF MRA，則我同意將未來由我的僱主支付的任何款項存入 SF MRA。

*簽名：_____ *日期：_____

將表格郵寄至：San Francisco City Option, P.O. Box 194367, San Francisco, CA 94119。若您有任何疑問，請致電 SF City Option 客戶服務部熱線 **1(877) 772-0415** 或傳送電郵至 **info@sfcityoption.org**。我們的營業時間為週一至週五，太平洋時間上午 8:00 至下午 5:00。

For SF City Option Internal Use Only RECEIVED DATE: _____ PROCESSED DATE: _____ 001766ZH 0426