



Formulario de inscripción de SF MRA

Para obtener los beneficios de su Cuenta de reembolso médico de SF (SF MRA), primero debe inscribirse.
Para inscribirse, complete y envíe este formulario. Toda la información permanece confidencial.
En 1 a 3 semanas, SF City Option (SFCO) le informará sobre su estado de inscripción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al **1(877) 772-0415**, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm, hora del Pacífico, o envíe un correo electrónico a **info@sfcityoption.org**.

Este formulario está disponible en Inglés, Español, Chino y Tagalog.

This form is available in English: **sfcityoption.org/enroll**

此表格可在以下網頁獲得中文版: **sfcityoption.org/zh/enroll**

Magagamit ang form na ito sa Tagalog sa: **sfcityoption.org/tl/enroll**

iReciba sus resultados más rápido!



Para obtener sus beneficios más rápido, puede inscribirse en línea.

Simplemente escanee el código QR o visite: **sfcityoption.org/es/enroll**

*Campos obligatorios.

| | | | |
|---|----------|---|--|
| *Nombre: | | *Apellido: | |
| *Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): / / | | *Número de seguro social: _____-____-_____ | |
| *Dirección postal: | | SF City Option no compartirá su información personal con la agencia de inmigración ni de aplicación de la ley. Su condición migratoria no afectará su elegibilidad para el programa SF City Option. Divulgaremos su información personalmente identificable, incluido su SSN, fecha de nacimiento y nombre, a Covered California para determinar si es elegible para solicitar sus fondos de SF City Option para el pago de las primas por un plan de seguro comprado a través de Covered California y, si es elegible, para ayudarle a solicitar sus fondos de SF City Option de esta manera. Si no autoriza a SF City Option para divulgar su información personalmente identificable a Covered California, marque la casilla a continuación. <input type="checkbox"/> No divulgue mi información personalmente identificable a Covered California. | |
| Apartamento/unidad/edificio/piso: | | | |
| *Ciudad: | *Estado: | *Código postal: | |
| *Número de teléfono principal: ELIJA SOLO UNA OPCION <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil () — | | ¿Cuál es su método de contacto preferido? ELIJA SOLO UNA OPCION <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> mensaje de texto | |
| Dirección de correo electrónico: | | Al proporcionar su número de teléfono o dirección de correo electrónico, usted acepta recibir correos electrónicos, llamadas o mensajes de texto del programa SFCO. Si quiere dejar de recibir correos electrónicos, llamadas o mensajes de texto de SFCO, llame a Servicio al Cliente a 1(877) 772-0415 o envíe un correo electrónico a info@sfcityoption.org . | |
| *Nombre(s) del(los) empleador(es): | | | |

*¿Cuál es su idioma hablado preferido? ELIJA SOLO UNA OPCION

Inglés Español Cantonés Mandarín Vietnamita Ruso Tagalog Otro: _____

Certificación

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a mi mejor saber y entender. 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 SF MRA. Si se aprueba para SF MRA, acepto que cualquier pago futuro de mi empleador se deposite en una SF MRA.

*Firma: _____ *Fecha: _____

Envíe su formulario por correo a: San Francisco City Option • P.O. Box 194367, San Francisco, CA 94119
Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al **1(877) 772-0415** De lunes a viernes, 8:30am-5:30pm
Hora del Pacífico o envíe un mensaje por correo electrónico a **info@sfcityoption.org**.

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