



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**.

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

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:		Solo usamos la información proporcionada, incluido su número de seguro social o SSN, para hacer coincidir su inscripción con las contribuciones del empleador, confirmar la inscripción o elegibilidad para los programas SF City Option y maximizar los dólares disponibles en su cuenta.	
Apartamento/unidad/edificio/piso:		SF City Option no compartirá su información personal con inmigración o la policía. Su estatus migratorio no afectará su elegibilidad para el Programa SF MRA.	
*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	
*Número de teléfono principal: <small>ELIJA SOLO UNA OPCIÓN</small> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil () —		¿Cuál es su método de contacto preferido? <small>ELIJA SOLO UNA OPCIÓN</small> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
Dirección de correo electrónico:		Al proporcionar su número de teléfono o dirección de correo electrónico, usted acepta recibir correos electrónicos o llamadas del Programa SFCO. Si desea dejar de recibir llamadas o correos electrónicos de SFCO, llame a Servicio al Cliente al 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 OPCIÓN

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: _____