

填寫此表以決定您是否符合獲得醫療報銷賬戶 (SF MRA) 的條件。在遞交此表後，SF City Option (SF CO) 會在 1-3 週內讓您知道您是否符合 SF MRA 的條件。

如有任何問題，請於週一至週五太平洋時間 8:30am-5:30pm 撥打客戶服務部電話 **1(877) 772-0415**，或傳送電子郵件至 **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！

要更快地進行處理，請完成您的線上 SF MRA 登記表：[sfcityoption.org/zh/enroll](http://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資訊 (包括您的SSN) 將您的登記與雇主的供款相匹配。SF CO 計畫努力保護您的個人資訊的隱私權	
公寓/單元/樓/樓層號：		SF City Option 不會與執法機構在內的任何外部機構共享您的個人資訊。您的移民身份不會影響您加入 SF MRA 計畫的資格。您的移民身份不會影響您加入 SF MRA 計畫的資格。	
*城市：		*州：	*郵遞區號：
*主要電話號碼： <small>只能選擇一項</small> <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 手機 (      )      -		首選聯絡方式? <small>只能選擇一項</small> <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，即表示您同意接收 SF CO 計畫的電子郵件或電話。如果您想停止接收 SF CO 的電話及/或電子郵件，請撥打客戶服務部電話 <b>1(877) 772-0415</b> ，或傳送電子郵件至 <b>info@sfcityoption.org</b> 。	
*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訊是真實準確的。我理解，如果我的 SF MRA 申請被批准，則僅我的雇主支付的合格款項被匯至 SF MRA。如果批准我獲得 SF MRA，則我同意將我雇主以後支付的供款存入 SF MRA。

\*簽名: \_\_\_\_\_ \*日期: \_\_\_\_\_

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

For SF City Option Internal Use Only

RECEIVED DATE: \_\_\_\_\_

PROCESSED DATE: \_\_\_\_\_