

Complete este formulario para determinar si califica para una cuenta de reembolso médico (SF MRA). Después de enviar este formulario, SF City Option (SFCO) le informará si cumple con los requisitos para SF MRA en un plazo de 1-3 semanas.

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

¡Reciba sus resultados más rápido!

Para un procesamiento más rápido, complete su Formulario de inscripción de SF MRA en línea en: **sfcityoption.org/es/enroll**

*Campos obligatorios.

*Nombre:		*Apellido:	
*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): / /		*Social Security Number (LAST 4 DIGITS):	
*Dirección postal:		Solo usamos la información proporcionada, incluyendo su SSN, para que coincida con su inscripción a las contribuciones del empleador. El Programa SFCO está comprometido con la protección de la privacidad de su información personal. SF City Option no compartirá su información personal con ninguna agencia externa, incluida la aplicación de la ley. Su condición migratoria no afectará su elegibilidad para el Programa SF MRA.	
Apartamento/unidad/edificio/piso:			
*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	
*Número de teléfono principal: <small>ELIJA SOLO UNA OPCIÓN</small> <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Mobile () —		¿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 **info@sfcityoption.org**.

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