


Program Finder Form

協助我們為您找到適合的計劃! 

填寫該表格以幫助 SF City Option 確定您是否有資格申請 SF MRA、SF Covered MRA 或 Healthy San Francisco。在您提交該表格之後的 1 至 3 週內，SF City Option 將通知您可能有資格申請何種醫療保健計劃。

如果您有任何問題，請致電客服，電話 **1(415) 615-5720**，
服務時間為週一至週五太平洋時間 8:30am 至 5:30pm。

* 必填欄

* 名字：		* 姓氏：	
* 出生日期 (日/月/年)：		* 社會安全號碼 (最後 4 位數)：	
SF City Option 使用您的 SSN 僅用於確定：(1) 是否有僱主代表您本人向 SF City Option 繳納款項，以及 (2) 您是否有資格申請或註冊登記 SF City Option 醫療保健計劃。			
* 地址：			
* 市：		* 州：	* 郵遞區號：
* 主要電話號碼： <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 手機 () —		備用電話號碼： <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 手機 () —	
電子郵件地址： <small>透過提供本人的電子郵件地址，本人同意接收 SF City Option 發送的關於本人可能有資格申請的醫療保健計劃和其他計劃更新的電子郵件。</small>		您首選的聯絡方式是什麼？ <input type="checkbox"/> 郵件 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 電子郵件	
* 僱主姓名：			
* 您的家中有幾口人？ <small>(包括您、您的配偶/家庭伴侶和您的家屬。)</small>		* 您的家庭年收入是多少？ \$	
* 您是如何獲得健康承保的？			
<input type="checkbox"/> 購買健康保險是透過 Covered California	<input type="checkbox"/> 健康保險來源於我的配偶或父母的健康計劃	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	
<input type="checkbox"/> 僱主為我購買的健康保險	<input type="checkbox"/> Healthy San Francisco	<input type="checkbox"/> Medicare	
<input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 我沒有任何健康承保		
您首選的口頭語言是什麼？		您首選的書面語言是什麼？	
<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 中文	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 中文
<input type="checkbox"/> 西班牙語	<input type="checkbox"/> 菲律賓語	<input type="checkbox"/> 西班牙語	<input type="checkbox"/> 菲律賓語
<input type="checkbox"/> 其他： _____		<input type="checkbox"/> 其他： _____	

• 本人證明本人在該 SF City Option Program Finder Form 中提供的資訊真實準確。

• 本人瞭解到：

1. 透過提交該 SF City Option Program Finder Form，本人並未自動註冊 SF Covered MRA 或 Healthy San Francisco。如果本人可能有資格申請 SF Covered MRA 或 Healthy San Francisco，本人將需要確定計劃資格並在親自約診中註冊本人符合資格的醫療保健計劃。

2. 如果本人的 SF MRA 申請獲得了批准，只有僱主為本人支付的符合資格的付款將被轉入醫療償付賬戶。如果獲得 SF MRA 批准，本人同意將僱主為本人支付的任何未來付款存入醫療償付賬戶，直到本人透過 San Francisco City Option 註冊另一個醫療保健計劃，如 SF Covered MRA 或 Healthy San Francisco。

* 簽名： _____ * 日期： _____

將您的表格郵寄至： San Francisco City Option • P.O. Box 194367, San Francisco, CA 94119

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