

Form sa Pagpapalit ng Address

Mga Tagubilin: Sagutan ang form na ito para sa inyong sarili o para sa sinumang miyembro ng Health Plan ng San Mateo (HPSM) ng inyong sambahayan na maaapektuhan ng pagpapalit ng address.

Pirmahan ang form na ito sa linyang nasa ibaba. Maaari ninyong ipadala sa koreo ang form na ito sa HPSM, 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080, i-fax sa naaangkop na numerong nasa ibaba o i-email ito sa **customersupport@hpsm.org**.

Kung kailangan ninyong pumili ng bagong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP), kumpletuhin ang form sa kabilang pahina.

Kung mayroon kayong anumang tanong o nangangailangan ng tulong sa form na ito, mangyaring tumawag sa HPSM:

Mga Miyembro ng CareAdvantage:	Mga Miyembro ng Medi-Cal, San Mateo County ACE at Healthworx (HMO)
Telepono: 1-866-880-0606	Telepono: 1-800-750-4776 o 650-616-2133
TTY: 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1	TTY: 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1
Fax: 650-616-2190	Fax: 650-616-8581

Impormasyon tungkol sa Miyembro *(mangyaring i-print)*

Apelyido	Pangalan	Numero ng I.D. ng Miyembro ng HPSM
	<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae Kasarian	Ang Inyong Pangunahing Wika
Petsa ng Kapanganakan	Telepono sa Tirahan	Cell Phone
Mangyaring i-tsek ang kahon para sa programang naka-enroll kayo:		
<input type="checkbox"/> CareAdvantage	<input type="checkbox"/> HealthWorx HMO	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> San Mateo County ACE

Address sa Koreo *(mangyaring i-print)*

Address ng Kalye	Apt / Unit #
Lungsod	Estado Zip Code

Lagyan ng tsek ang kahon na ito kung magkapareho ang inyong address sa koreo at address ng tirahan.

Address ng Tirahan *(kung naiiba mula sa address sa koreo)*

Address ng Kalye	Apt / Unit #
Lungsod	Estado Zip Code

Pirma _____ Petsa _____

Tingnan ang itaas ng pahinang ito para sa mga tagubilin sa pagbabalik ng nakumpletong mga form sa HPSM.