

## Form para sa Pagbabago ng Address

### Paano i-update ang inyong address

1. Punan ang form na ito para lang sa inyong sarili. Punan ang hiwalay na form para sa bawat miyembro ng inyong sambahayan na naapektuhan ng pagbabago ng address.
2. I-review ang buong form para siguraduhing kumpleto at tumpak ito, pagkatapos ay lagdaan sa ibaba.
3. Isumite ang form sa pamamagitan ng mail, email, o fax gamit ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa plan mo sa ibaba.

Kung mayroon kayong anumang tanong o kailangan ninyo ng tulong, tumawag sa HPSM sa numero ng telepono para sa inyong plan sa ibaba.

#### Para sa mga miyembro ng CareAdvantage:

Mail: 801 Gateway Blvd., Suite 100  
c/o The CareAdvantage Unit  
South San Francisco, CA 94080

Email: [CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org)

Fax: **650-616-2190**

Telepono: **1-866-880-0606**

TTY: **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**

#### Para sa mga Miyembro ng Medi-Cal, San Mateo County ACE at Healthworx (HMO)

Mail: 801 Gateway Blvd., Suite 100  
c/o Member Services

South San Francisco, CA 94080

Email: [MemberServicesSupport@hpsm.org](mailto:MemberServicesSupport@hpsm.org)

Fax: **650-616-8581**

Telepono: 1-800-750-4776 o **650-616-2133**

TTY: **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**

### Impormasyon ng Miyembro (paki-print)

Apelyido \_\_\_\_\_ Pangalan \_\_\_\_\_ Numero ng ID ng Miyembro ng HPSM \_\_\_\_\_

Lalaki  Babae

Petsa ng Kapanganakan \_\_\_\_\_ Kasarian \_\_\_\_\_ Ang Inyong Pangunahing Wika \_\_\_\_\_

Telepono sa Bahay \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Pakilagyan ng check ang kahon para sa programa kung saan ka naka-enroll:

CareAdvantage  HealthWorx HMO  Medi-Cal  San Mateo County ACE

### Mailing Address (paki-print)

Address ng Kalye \_\_\_\_\_ Apt / Unit # \_\_\_\_\_

Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Lagyan ng check ang kahon na ito kung magkapareho ang inyong mailing address at address ng bahay.

### Address ng Bahay (kung iba sa mailing address)

Address ng Kalye \_\_\_\_\_ Apt / Unit # \_\_\_\_\_

Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Lagda \_\_\_\_\_ Petsa \_\_\_\_\_

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