



T 215.635.4137
F 215.635.1583
info@LRFA.org
www.LRFA.org

LRFA, Inc.
PO Box 8857
Elkins Park, PA 19027

FOR OFFICE USE ONLY

1-17	W	W/O	
18-50	W	W/O	
50-	W	W/O	

Benefit paid: \$ _____ Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____

I hereby submit the following information in accordance with LRFA Independent Prescription Plan and request the payment of corresponding benefits:

1. Last Name:	2. First Name:
3. LRFA Membership #	4. Date of Birth:
5. Phone Number:	6. E-mail:
7. Address:	
8. Doctor Prescribing Medication:	
9. Enclosed: <input type="checkbox"/> Prescription Drug Receipts <input type="checkbox"/> Itemized Statement of Dispensed Drugs <input type="checkbox"/> Drug Profile	

10. I hereby certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge.	
Signature of person requesting benefits	Date

LRFA PRESCRIPTION DRUG PLAN
Benefit Request



T 215.635.4137
F 215.635.1583
info@LRFA.org
www.LRFA.org

LRFA, Inc.
PO Box 8857
Elkins Park, PA 19027

FOR OFFICE USE ONLY

1-17	W	W/O	
18-50	W	W/O	
50-	W	W/O	

Izmaksāts: \$ _____ Datums: _____ / _____ / _____

Paraksts: _____

**ALPF ZAĀĻU PLĀNS
IZMAKSAS PIEPRASĪJUMS**

Lūdzu izmaksāt man, saskaņā ar manu apdrošinājumu Amerikas Latviešu Palīdzības Fonda Zāļu plānā, tā noteikumiem atbilstošo summu.

1. Vards:	2. Uzvards:
3. Daļbnieka numurs:	4. Dzimšanas dati:
5. Telefons:	6. E-pasts:
7. Adrese:	
8. Ārsts kas izrakstīja zāles:	
9. Klāt pievienoju: <input type="checkbox"/> Zāļu samaksas saņemšanas zīmes <input type="checkbox"/> "Itemized Statement of Dispensed Drugs" <input type="checkbox"/> Aptiekas izdots izdevumu kopsavilkums	

10. Ar savu parakstu apliecinu, ka šajā veidlapā sniegtā informācija ir patiesa:

_____ Izmaksas pieprasītāja paraksts

_____ Datums