



# AMERIKAS LATVIEŠU PALĪDZĪBAS FONDS IESTĀŠANĀS PIETEIKUMS

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

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

## AIZPILDA FONDA DARBVEDĪBA

Dalībnieka numurs:

Uzņemts/a Fondā:

### PERSONAS DATI

Lūdzu mani uzņemt ALP Fondā par:

**Dalībnieku**  
Dalībnieka gada maksa: **\$30.00**

**Mūža dalībnieku**  
Vienreizējs maksājums: **\$500.00**

Piesakot bērnu jaunāku par 18 gadiem, lūdzu izpildiet BĒRNIEM paredzētu formu!

Mr.  Mrs.  Miss.

Uzvārds

Vārds

Dzimšanas datums un vieta

- -

Nodarbošanās

"Social Security" numurs

Bērni jaunāki par 18 gadiem: (bērnu vārdi un dzimšanas dati)

Adrese

Telefons

E-pasts

Ģimenes piederīgie, kuri ir ALPF dalībnieki: (Uzvārds, Vārds, dalībnieka numurs)

### PLĀNU IZVĒLE UN MAKSĀJUMI

Lūdzu atsūtiet pieteikuma formas sekojošiem plāniem:

- Medicare papildinājuma plāni
- Veselības apdrošinājuma plāni
- Dzīvības apdrošinājuma plāni
- Papildus apdrošinājuma plāni
- Ceļojuma apdrošinājums
- Negadījumu apdrošinājums ciemiņiem no ārzemēm
- Zāļu plāni

Informāciju sūtīt:

Latviski  Angliski

#### PIEVIENOJU:

Reģistrācijas maksu: \$ 20.00

**UN**  
Dalībnieka gada maksu: \$

**VAI**  
Mūža dalībnieka maksu: \$

Kopā: \$

### PARAKSTS

Es atzīstu ALPF darbības principus un mērķus. Ar savu parakstu apliecinu, ka manis sniegtā informācija ir pilnīga un patiesa.

Paraksts

Datums



**LATVIAN RELIEF FUND OF AMERICA, INC.  
MEMBERSHIP APPLICATION**

LRFA, Inc. T 215.635.4137  
 PO Box 8857 F 215.635.1583  
 Elkins Park, PA 19027 info@LRFA.org  
 www.LRFA.org

FOR OFFICE USE ONLY	
Member Number:	
Acceptance date:	

**PERSONAL INFORMATION**

I am applying for:  **General Membership**  
 Annual Due: **\$30.00**

**Lifetime Membership**  
 One Time Fee: **\$500.00**

If enrolling a child under 18, please use CHILDREN'S Membership form!

Mr.  Mrs.  Miss.

Last Name	First Name
Date & Place of Birth	
Occupation	Social Security Number
Children under 18: (Name and date of birth)	
Mailing address	
Telephone	E-mail
Family members who are LRFA members: (Name and membership number)	

**CHOICE OF PLANS & PAYMENTS**

Please send me application forms for the following plans:

- Medicare Supplemental Plans
- Health Care Benefit Plans
- Mortuary Benefit Plans
- Supplemental Benefit Plans
- International Travel Plans
- Accident and Medical Benefit Plans for Visitors from Abroad
- Prescription Drug Plans

Forward all information in:  
 Latvian  English

**ENCLOSED:**

Registration fee: \$ 20.00

**AND**

Annual membership dues: \$ \_\_\_\_\_

**OR**

Lifetime membership fee: \$ \_\_\_\_\_

Total: \$ \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

I acknowledge the principles of LRFA. The information provided above is accurate and true to the best of my knowledge.

Signature	Date
-----------	------