



AMERIKAS LATVIĒŠU PALĪDZĪBAS FONDS IESTĀŠANĀS PIETEIKUMS BĒRNIEM JAUNĀKIEM PAR 18 GADIEM

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

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

UZMANĪBU: FORMA BĒRNU PIETEIKŠANAI!

AIZPILDA FONDA DARBVEDĪBA

Dalībnieka numurs:

Uzņemts/a Fondā:

PERSONAS DATI

Lūdzu uzņemt ALP Fondā par:

Dalībnieku
DALĪBNIKĀ GADA MAKSA: \$15.00

Mūža dalībnieku
VIENREIZĒJS MAKSĀJUMS: \$500.00

Uzvārds

Vārds

Dzimšanas datums un vieta

Telefons

E-pasts

"Social Security" numurs

Adrese

Adrese (turpinājums)

PIETEICĒJS

Mr. Mrs. Miss.

Māte Tēvs Vecvecāks Aizbildnis _____

Uzvārds

Vārds

Dzimšanas datums

Fonda Dalībnieka #

Telefons

E-pasts

Radniecība

Adrese

Adrese (turpinājums)

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

PLĀNU IZVĒLE UN MAKSĀJUMI

Lūdzu atsūtiet pieteikuma formas sekojošiem plāniem:

- Veselības apdrošinājuma plāni**
- Dzīvības apdrošinājuma plāni**
- Papildus apdrošinājuma plāni**
- Ceļojuma apdrošinājums**
- Zāļu plāni**

Informāciju sūtīt:

Latviski Angliski

PIEVENOJU:

Reģistrācijas maksu: \$ 20.00

UN

Dalībnieka gada maksu: \$ _____

VAI

Mūža dalībnieka maksu: \$ _____

Kopā: \$ _____

PIETEICĒJA PARAKSTS

Ar savu parakstu apliecinu, ka manis sniegtā informācija ir pilnīga un patiesa.

Paraksts

Datums



LATVIAN RELIEF FUND OF AMERICA, INC. MEMBERSHIP APPLICATION FOR CHILDREN UNDER AGE OF 18

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

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

ATTENTION: FOR REGISTERING CHILDREN !

FOR OFFICE USE ONLY

Member Number:

Acceptance date:

CHILD'S INFORMATION

- I am applying for:
- General membership**
ANNUAL DUES: **\$15.00**
- Lifetime membership**
ONE TIME FEE OF **\$500.00**

Last Name

First Name

Date & Place of Birth

Telephone

E-mail

Social Security number

Address

Address (continued)

ADULT MEMBER

Mr. Mrs. Miss. Mother Father Grandparent Guardian _____

Last Name

First Name

Date of Birth

LRFA Membership #

Telephone

E-mail

Address

Address (Continued)

Family members who are LRFA members: (Name and membership number)

CHOICE OF PLANS & PAYMENTS

Please send me application forms for the following plans:

- Health Care Benefit Plans**
- Mortuary Benefit Plans**
- Supplemental Benefit Plans**
- International Travel Plans**
- Prescription Drug Plans**

Forward all information in:

Latvian English

ENCLOSED:

Registration fee: \$ 20.00

AND

Annual Membership Dues: \$ _____

OR

Lifetime Membership Fee: \$ _____

Total: \$ _____

ADULT SIGNATURE

The information provided above is accurate and true to the best of my knowledge.

Signature

Date