



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

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

This area for LRFA office use only

LRFA Member #

Effective Date

Waiting Period

# AMERIKAS LATVIEŠU PALĪDZĪBAS FONDS ZĀĻU PLĀNA PIETEIKUMS

## PERSONAS DATI

<input type="checkbox"/> vīrietis <input type="checkbox"/> sievietē		
Uzvārds	Vārds	Dzimums
	#	
Dzimšanas datums un vieta	ALPF dalībnieka numurs	
-	-	
"Social Security" numurs		
Adrese		
Adrese		
Adrese		
Telefons	E-pasts	
Citu kompāniju vai organizāciju veselības un zāļu apdrošinājumi, kuros Jūs piedalāties		

## PLĀNA IZVĒLE

Lūdzu uzņemt mani Amerikas Latviešu Palīdzības Fonda **Zāļu Plānā**.

Esmu vecuma grupā no:  18-50     51-64     65+

Esmu ALP Fonda Veselības Apdrošinājuma Plāna dalībnieks

Vēlos, lai apdrošinājums stājas spēkā ar \_\_\_\_\_ mēneša pirmo datumu.

## PARAKSTS

Ar savu parakstu apliecinu, ka esmu iepazinies ar ALP Fonda Zāļu Plāna noteikumiem un manis sniegtā informācija ir pilnīga un patiesa.

---

Paraksts Datums



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

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

**This area for LRFA office use only**

LRFA Member #

Effective Date

Waiting Period

**LATVIAN RELIEF FUND OF AMERICA, INC.**  
**PRESCRIPTION DRUG PLAN APPLICATION**

**PERSONAL INFORMATION**

		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>Gender</b>
	#	
<b>Date and Place of Birth</b>		<b>LRFA Member Nr.</b>
- - - - -		
<b>Social Security Number</b>		
_____		
<b>Address</b>		
_____		
<b>Address</b>		
_____		
<b>Address</b>		
_____		
<b>Telephone Nr.</b>	<b>E-mail</b>	
_____	_____	
<b>Other Health and Prescription drug plans you participate in (other than LRFA plans)</b>		
_____		

**COVERAGE**

Please enroll me in the Latvian Relief Fund of America, Inc. **Prescription Drug Plan.**

My age group is:  18-50       51-64       65+

I participate in the LRFA Health Care Benefit Plan

Coverage to begin on the 1st of \_\_\_\_\_ (month).

**SIGNATURE**

I am fully aware of the regulations of the LRFA Prescription Drug Plan and the information I have provided is accurate and complete.

---

**Signature** **Date**