



LATVIAN RELIEF FUND OF AMERICA, INC.
 P.O. Box 8857 Elkins Park, PA 19027-0857
 Phone: 215-635-4137 Fax: 215-635-1583

For office use only	
_____ plan _____ %	Form # _____
Benefit: \$	
Date _____	Approved by _____

LRFA HEALTH CARE BENEFIT PLANS

Benefit Request

I am requesting benefits for: myself my child
 (Please attach treatment and examination bills)

1. Person requesting benefits	Last name	First name	MI	LRFA Membership #
2. Person receiving care	Last Name	First Name	Date of birth (mm/dd/yyyy)	
3. Address				
City	State	Zip Code	Phone	E-mail
4. Please select reason(s) for the benefit request:				
<input type="checkbox"/> Illness <input type="checkbox"/> Maternity <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Physical Exam <input type="checkbox"/> Other				
5. Did the accident occur at work? If "YES" please provide place and address of employment.				
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
6. Do you have another health coverage plan? If "YES" please indicate insurance plan or program name.				
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
7. Treatment:				
<input type="checkbox"/> Hospitalization (in-patient) From _____ to _____ (month, day, year) (month, day, year)		<input type="checkbox"/> Out-patient care From _____ to _____ (month, day, year) (month, day, year)		
8. Treated illness:				
9. Physician (name and address)				
10. Facility where services were rendered (name and address)				
11. I have enclosed treatment and examination bills for the following amounts:				
Hospital: \$ _____				
Physician: \$ _____				
Other _____ : \$ _____				
TOTAL: \$ _____				

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



LATVIAN RELIEF FUND OF AMERICA, INC.
 P.O. Box 8857 Elkins Park, PA 19027-0857
 Phone: 215-635-4137 Fax: 215-635-1583

Šo nodaļu aizpilda Fonda darbvedība
 _____ plan _____ % Form # _____
 Benefit: \$ _____
 Date _____ Approved by _____

ALPF VESELĪBAS APDROŠINĀJUMA PLĀNU

Izmaksas pieprasījums

Lūdzu izmaksāt mana apdrošinājuma noteikumiem atbilstošu summu par
 maniem vai mana bērna ārstēšanās izdevumiem.
(Lūdzu pievienojiet attiecīgos rēķinus)

1. Izmaksas pieprasītājs	Uzvārds	Vārds	ALPF dalībnieka #
2. Ārstētā persona	Uzvārds	Vārds	Dzimšanas datums (mēnesis/diena/gads)
3. Adrese			
Pilsēta	Štats	Pasta indekss (Zip)	Telefona nr. E-pasts
4. Lūdzu atzīmējiet iemeslus medicīniskajiem pakalpojumiem par kuriem tiek pieprasīta izmaksa:			
<input type="checkbox"/> Slimība <input type="checkbox"/> Grūtniecība <input type="checkbox"/> Negadījums <input type="checkbox"/> Operācija <input type="checkbox"/> Veselības pārbaude <input type="checkbox"/> Citi iemesli			
5. Vai NEGADĪJUMS noticis darbā? Ja atbildējāt "Jā", lūdzu uzrādiet darba vietas nosaukumu un adresi. <input type="checkbox"/> JĀ <input type="checkbox"/> NĒ			
6. Vai Jums ir vēl kāds veselības apdrošinājuma plāns? Lūdzam uzrādīt apdrošinājuma plāna nosaukumu. <input type="checkbox"/> JĀ <input type="checkbox"/> NĒ			
7. Ārstēšanās:			
<input type="checkbox"/> Slimnīcā (in-patient) No _____ līdz _____ <small>(mēnesis/diena/gads) (mēnesis/diena/gads)</small>		<input type="checkbox"/> Ambulatoriski No _____ līdz _____ <small>(mēnesis/diena/gads) (mēnesis/diena/gads)</small>	
8. Ārstētā slimība:			
9. Ārsts (vārds, uzvārds un adrese)			
10. Iestāde kurā tika sniegts medicīniskais pakalpojums (nosaukums un adrese)			
11. Pievienoju ārstu un slimnīcu rēķinus sekojošos apmēros:			
		Slimnīcas: \$ _____	
		Ārsta: \$ _____	
Citi rēķini _____		: \$ _____	
KOPĀ: \$ _____			

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

Izmaksas pieprasītāja paraksts Datums