

长期看护 服务提供方 授权书

案件标识				
县	记录编号	分类	CTR DIG	区域
案件编号			工作人员编号	

申请人或领受人的全名 _____

本人 _____, 允许 _____ 代表我向宾夕法尼亚州公众服务部 (DHS) 申请过度困难豁免。此授权仅限于代表我申请过度困难豁免。

申请人或领受人签名

日期

获授权代表签名

日期

_____, 同意代表
_____ 向 DHS 申请过度困难豁免。本人理解,
此授权仅限于申请过度困难豁免。

长期看护服务提供方联系人签名 (职位)

日期