

**ФОРМА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
ПОЛНОМОЧИЙ ПОСТАВЩИКУ
ДОЛГОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ДЕЛА				
ОКРУГ	НОМЕР ЗАПИСИ	КАТЕГОРИЯ	КОНТРОЛЬНЫЙ КОД	ОКРУЖ. ОФИС
КОЛИЧЕСТВО ДЕЛ			ИДЕНТ. ДАННЫЕ РАБОТНИКА	

Полное имя заявителя или получателя: _____

Я _____, разрешаю представителям _____ действовать от моего имени и подать в Департамент социального обеспечения штата Пенсильвания (DHS) прошение об освобождении по причине тяжелых жизненных обстоятельств. Эти полномочия предоставляются только для того, чтобы представлять меня при подаче прошения об освобождении по причине тяжелых жизненных обстоятельств.

Подпись заявителя или получателя

Дата

Подпись уполномоченного представителя

Дата

_____, соглашается представлять _____ при подаче в DHS прошения об освобождении по причине тяжелых жизненных обстоятельств. При этом подразумевается, что полномочия предоставляются только для подачи прошения об освобождении по причине тяжелых жизненных обстоятельств.

Подпись контактного лица поставщика долговременной медицинской помощи (должность)

Дата