

MẪU ỦY QUYỀN NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC DÀI HẠN

SỐ NHẬN DẠNG TRƯỜNG HỢP				
HẠT	SỐ HỒ SƠ	MỤC	SỐ KIỂM SOÁT	QUẬN
BỘ TRƯỞNG HỢP			ID NGƯỜI LAO ĐỘNG	

Họ tên đầy đủ của Người nộp đơn hoặc Người nhận: _____

Tôi _____, cho phép đại diện của _____
thay mặt cho tôi để yêu cầu đơn Từ bỏ tình trạng khó khăn từ Sở Dịch vụ Nhân sinh Bang
Pennsylvania (DHS). Sự ủy quyền này chỉ giới hạn trong phạm vi thay mặt cho tôi yêu cầu đơn
Từ bỏ tình trạng khó khăn.

Chữ ký của Người nộp đơn hoặc Người nhận

Ngày tháng

Chữ ký của Đại diện được ủy quyền

Ngày tháng

_____, đồng ý đại diện cho
_____ trong việc yêu cầu đơn Từ bỏ tình trạng khó khăn
từ DHS. Tôi hiểu rằng việc ủy quyền chỉ giới hạn trong phạm vi yêu cầu đơn Từ bỏ tình trạng khó khăn.

Chữ ký của Người chăm sóc dài hạn Thông tin liên lạc (Chức vụ)

Ngày tháng