

نموذج تفويض مقدم خدمات الرعاية طويلة الأمد

وصف الحالة الاجتماعية				
المقاطعة	رقم التسجيل	الفئة	رقم التحكم	المنطقة
عدد الحالات			هوية الموظف	

اسم مقدم الطلب أو المستفيد بالكامل: _____

أسمح أنا _____ لممثلي _____ بالتصرف بالنيابة
عني في طلب تنازل عن مشقة لا مبرر لها من إدارة الخدمات الإنسانية بولاية بنسلفانيا (DHS) هذا التفويض مقيد ليقتصر على
تمثيلي في طلب التنازل عن مشقة لا مبرر لها.

التاريخ

توقيع مُقدم الطلب أو المستفيد

التاريخ

توقيع الممثل المفوض

، يوافق على تمثيل _____
في طلب التنازل عن مشقة لا مبرر لها من إدارة الخدمات
الإنسانية من المفهوم ضمناً أن هذا التفويض مقيد ليقتصر على تمثيلي في طلب التنازل عن مشقة لا مبرر لها.

التاريخ

توقيع موظف الاتصال بمقدم خدمات الرعاية طويلة الأمد (الوظيفة)