

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA A LARGO PLAZO

IDENTIFICACIÓN DEL CASO				
CO	NÚMERO DE REGISTRO	CAT	CTR DIG	DIST
N.º DE CASOS ASIGNADOS			ID. DE TRABAJADOR	

Nombre completo del solicitante o beneficiario _____

Yo, _____, autorizo a los representantes de _____ a actuar en mi nombre y solicitar una exención por dificultades excesivas al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Pennsylvania. El alcance de esta autorización se limita a mi representación para la solicitud de una exención por dificultades excesivas.

Firma del solicitante o beneficiario

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

_____, acepta actuar en representación de _____ para la solicitud de una exención por dificultades excesivas al DHS. Se entiende que el alcance de la autorización se limita a la solicitud de una exención por dificultades excesivas.

Firma del contacto del proveedor de servicios de asistencia a largo plazo (cargo)

Fecha