

WZÓR

Rzeszów, dnia

U P O W A Ż N I E N I E

Ja niżej podpisany/a/
/imię i nazwisko/
zamieszkały/a/
/dokładny adres zamieszkania/
legitymujący/a/ się dowodem osobistym
/seria i nr dowodu osobistego/
upoważniam mojego/a/ (męża, żonę, syna, córkę)
/imię i nazwisko/
.....
/dokładny adres/
legitymującego się dowodem osobistym
/seria i numer dowodu osobistego/
do pobrania zasiłku
/okresowy, celowy, pomoc rzeczowa/
za miesiąc w dniu
/podać miesiąc/ /data wypłaty podana z decyzji/

Osobiście nie mogę odebrać świadczenia z powodu :

.....
/podać przyczynę/

.....
/potwierdzenie wiarygodności
podpisu świadczeniobiorcy
przez pracownika socjalnego/

.....
/podpis świadczeniobiorcy/