……………………….., dn. ...................201.. r.

(miejscowość)

**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisany(a) ....................................................................................................................

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) .............................................................................................................................

(dokładny adres zamieszkania)

legitymujący(a) się dowodem osobistym .....................................................................................

(seria i nr dowodu osobistego)

upoważniam mojego(ą) męża, żonę, syna, córkę,\*......................................................................

(inny stopień pokrewieństwa)

...........................................................................................................................zamieszkałego(ą)

(imię i nazwisko) .......................................................................................................................................................

(dokładny adres)

legitymującego się dowodem osobistym .....................................................................................

(seria i nr dowodu osobistego)

do odbioru w kasie Starostwa Powiatowego przyznanego mi dofinansowania ze środków

PFRON w okresie ........................................................................................................................

(podać miesiące, których upoważnienie dotyczy)

Osobiście nie mogę odebrać świadczenia z powodu ...................................................................

.......................................................................................................................................................

(podać przyczynę)

..................................................... .................................................

(potwierdzenie wiarygodności podpisu osoby (podpis osoby, której przyznano dofinan - niepełnosprawnej przez pracownika socjalnego sowanie ze środków PFRON)

bądź pracownika Zakładu Opieki Zdrowotnej)

\* niepotrzebne skreślić