|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ДОВЕРЕННОСТЬ  на получение государственной(ых) услуг(и) | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | |  | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | |
|  | | | | | | |
| ЯЯ, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | , "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, | | |
|  | (Ф.И.О. доверителя полностью) | | |  | | |
| паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящей доверенностью уполномочиваю социального работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (наименование учреждения социального обслуживания) | | | | | | |
|  | | | | | | , |
| (Ф.И.О. доверенного лица полностью) | | | | | | |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ год рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан | | | | | | |
|  | | | | | | |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., зарегистрированного(ую) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающего(ую) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в целях получения государственной(ых) услуг(и) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (наименование государственной(ых) услуг(и)) | | | | | | |
| быть моим представителем в ЦСЗН и(или) МФЦ, в связи с чем совершать от моего имени следующие действия:  - подавать от моего имени заявление на получение указанной(ых) государственной(ых) услуг(и) с приложением всех необходимых документов;  - давать согласие на обработку моих персональных данных с целью и в объемах, необходимых для предоставления указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);  - получать результат указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);  - расписываться за меня и совершать иные действия, связанные с получением указанной(ых) государственной(ых) услуг(и).  Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.  Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_\_ месяц(ев). | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Доверитель | |  | |  |  | |
|  | | (Ф.И.О. доверителя полностью) | |  | (подпись) | |

|  |
| --- |
| Отметка руководителя учреждения социального обслуживания, подтверждающая факт социального обслуживания заявителя социальным работником учреждения социального обслуживания, подпись руководителя и печать учреждения социального обслуживания. |