

# PEŁNOMOCNICTWO

.....  
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....  
Adres

.....  
seria i numer dowodu osobistego

.....  
PESEL

Oświadczam iż udzielam swojego pełnomocnictwa Pani(u)\* imię.....  
nazwisko.....legitymującej(mu)\* się dowodem osobistym  
seria i nr..... wydanym przez .....  
w dniu ..... PESEL..... zam. ul. ....  
miejscowość ..... gmina .....

do reprezentowania mnie we wszystkich sprawach związanych z uzyskaniem dofinansowania w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dotyczącego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, w sprzęt rehabilitacyjny oraz likwidacji barier funkcjonalnych, a w szczególności do:

- składania i podpisywania wniosków w moim imieniu,\*
- odbioru przyznanego dofinansowania w formie gotówkowej,\*
- wskazania konta bankowego na które mają być przekazywane środki,\*

Konto bankowe nr \_ \_ \_ \_ \_

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego .....

Adres zamieszkania właściciela rachunku .....

.....  
Data

.....  
podpis osoby niepełnosprawnej

Pełnomocnictwa udziela się do odwołania.

---

Upředzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 kodeksu karnego, oświadczam że jestem opiekunem faktycznym i występuję w imieniu osoby niepełnosprawnej w ramach udzielonego mi pełnomocnictwa.

.....  
podpis osoby upoważnionej

\* niepotrzebne skreślić