

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de la Familia
ADMINISTRACION DESARROLLO SOCIOECONOMICO

**AUTORIZACION PARA NOMBRAMIENTO
DE REPRESENTANTE O TUTOR**

Oficina Regional: _____

Número del Caso: _____

Oficina Local : _____

Nombre Encargado: _____

Autorizo a _____ quien reside en

_____ para que me represente en todos los asuntos relacionados con los beneficios o servicios que recibo del Programa de : _____

Firma o marca del solicitante o participante

Fecha

Testigo de la marca

Firma o marca del representante o tutor

Fecha

Testigo de la marca

Número de Seguro Social del representante o tutor

Fecha nacimiento (Día-mes y año) del representante o tutor

Teléfono del representante o tutor

Dirección Postal del Representante o tutor