

**SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE TERCERA PERSONA AUTORIZADA**

El que suscribe Sr(a) \_\_\_\_\_

Usuario (a) del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_, distrito \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_, departamento \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_.

Declaro presentar deterioro de mi capacidad funcional que me dificulta el desplazamiento al punto de pago de la subvención económica otorgada por el Programa Pensión 65, debido a una o más de las siguientes condiciones:

- Causas propias de la etapa de vida adulta mayor.
- Accidentes.
- Situación de discapacidad.

Por lo expuesto, solicito se designe en calidad de tercero autorizado para el cobro de mi subvención económica que me otorga el Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", a:

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
distrito \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_, departamento \_\_\_\_\_,  
teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_:

**Tipo de relación con el/la usuario/a solicitante, marcar con X las opciones que corresponda:**

- Familiar directo hasta el tercer grado de consanguinidad y que resida en el mismo lugar que el/la usuario/a.
- Persona que ejerce el cuidado permanente del/la usuario/a y reside en el mismo lugar.
- Persona que ejerce el cuidado permanente del/la usuario/a que no reside en el mismo lugar.
- Persona que, por su función pública o privada, ejerce un deber de cuidado, de prestación de servicios o de tutela de derechos respecto al/la usuario/a, designada mediante Resolución Directoral.
- Detallar función pública o privada que ejerce: \_\_\_\_\_
- Detallar institución pública o privada donde labora: \_\_\_\_\_
- Persona natural no comprendida en los supuestos anteriores, que cuenta con la confianza del usuario solicitante y que goza del reconocimiento de la comunidad:

Detallar: \_\_\_\_\_

**Fecha**

--	--	--

\_\_\_\_\_  
**Usuario Solicitante**  
DNI N°

**Huella dactilar**

\* Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ autorizo al Programa Pensión 65 a comunicarme el resultado de mi solicitud a través del correo electrónico indicado.

\* En caso el usuario y usuaria no le sea posible firmar, deberá registrar su huella dactilar