附件2

社会保险待遇领取非人脸建模/认证业务

委托书

委 托 人： 性别： [身份证](https://www.66law.cn/special/jmsfz/%22%20%5Co%20%22%E8%BA%AB%E4%BB%BD%E8%AF%81)号：

被委托人： 性别： 身份证号：

被委托人工作单位： 联系电话：

本人因**🞎生病住院 🞎通讯不便 🞎行动不便 🞎长住敬老院 🞎国外 🞎其他原因**，不能前来**🞎人脸建模 🞎认证**，现本人委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理按月领取待遇资格（生存）认证相关事项，对委托人在办理相关事项过程中所签署的有关资料，我均予以认可，因上述委托出现的各种纠纷，由本人承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人（签名）：

年 月 日