………………………

*(miejscowość, data)*

**Dane osoby składającej wniosek[[1]](#footnote-1) :**

....................................................................

 *(imię i nazwisko)*

....................................................................

 *(adres zamieszkania)*

....................................................................

*(adres zameldowania)*

*....................................................................*

*(nr telefonu i ewentualnie email)*

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie**

**WNIOSEK**

**O WYDANIE SKIEROWANIA**

**DO POWIATOWEGO CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNEGO**

**W KOBYŁCE**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie / mojego podopiecznego2 –

Pana/Pani ................................................................................ na pobyt dzienny / całodobowy2

do Powiatowego Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego w Kobyłce.

Załączam kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nr...................................... z

dnia............................ wydanego przez…………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………………………………

..................................................................................
*(czytelny podpis****3*** *kandydata na uczestnika lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)*

**W przypadku składania wniosku przez osobę uprawnioną należy załączyć kopię pełnomocnictwa.**

1. Kandydat na uczestnika COM lub osoba uprawn [↑](#footnote-ref-1)