………………………

*(miejscowość, data)*

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

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

 *(imię i nazwisko)*

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

 *(adres zamieszkania)*

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

*(adres zameldowania)*

*....................................................................(nr telefonu i ewentualnie email)*

**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**W Cedyni**

**WNIOSEK**

**O WYDANIE SKIEROWANIA**

**DO CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNEGO**

**w Cedyni**

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

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

do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Cedyni.

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.**

 Kandydat na uczestnika COM lub osoba uprawniona do reprezentacji kandydata. Do reprezentacji kandydata uprawnia m.in. pełnomocnictwo notarialne i zaświadczenie Sądu Rodzinnego (dotyczy osób ubezwłasnowolnionych).

2 Niepotrzebne skreślić

3 Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis;

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