

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**

**11-400 Kętrzyn**

**ul. Pocztowa 11**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE**

 **DO CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNEGO**

**KĘTRZYŃSKI DOM WSPARCIA**

Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do COM:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………...….

Data i miejsce urodzenia: ………………………………………………………………………….…..

Pesel: ………………………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy: …………………………………………………………………………………..

Zwracam się z prośbą o skierowanie do Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnego – Kętrzyński Dom Wsparcia na pobyt dzienny/całodobowy\*

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

 *Data i podpis osoby składającej wniosek\*\**

**Załącznik:**

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

\*niepotrzebne skreślić

\*\* podpis kandydata na uczestnika COM, osoby uprawnionej do reprezentowania kandydata na podstawie pełnomocnictwa notarialnego bądź postanowienie sądu o opiece prawnej w przypadku osób ubezwłasnowolnionych

**Placówka utworzona w ramach resortowego Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Centra opiekuńczo-mieszkalne" finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**