Placówka finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 1 do Regulaminu

WNIOSEK

Osoby ubiegającej się o skierowanie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego – Kętrzyński Dom Wsparcia:

Imię i nazwisko:
……..…….....

Adres zamieszkania: ……....

Data i miejsce urodzenia:
…….....

Nr PESEL: ……

Telefon:…….

Zwracam się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kętrzynie o wydanie skierowania do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego – Kętrzyński Dom Wsparcia na **pobyt dzienny/ całodobowy*** z następującą usługą**:**

- pobyt z wyżywieniem i usługami opiekuńczymi; ☐
- pobyt z wyżywieniem i usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi; ☐
- pobyt z wyżywieniem i usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją; ☐
- pobyt z wyżywieniem i usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją. ☐

Do wniosku załączam kopie orzeczenia o niepełnosprawności nr …….……. z dnia ……. wydanego przez ……...……

UZASADNIENIE WNIOSKU

……..……

……...……...

……...……...

.....

*Data i podpis osoby składającej wniosek***

* 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