

.....  
(miejscowość, data)

**Dane osoby składającej wniosek:**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr telefonu)

**WNIOSK O SKIEROWANIE  
DO POWIATOWEGO CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNEGO  
W CIECHANOWIE**

Zwracam się z prośbą o skierowanie do Powiatowego Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Ciechanowie mieszczącego się przy ul. Batalionów Chłopskich 12a na pobyt:

- dzienny
- całodobowy

Uzasadnienie:

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

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

**Załącznik:**

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
2. zaświadczenie lekarza rodzinnego,
3. kwestionariusz uczestnika,
4. dokument potwierdzający ustanowienie przedstawiciela ustawowego – obowiązkowe, w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego.

\*podpis kandydata na uczestnika Centrum, osoby uprawnionej do reprezentowania kandydata na podstawie pełnomocnictwa bądź postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora w przypadku osób ubezwłasnowolnionych.