

Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Długa 53
84-218 Łęczyce

**WNIOSEK O SKIEROWANIE
DO CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNEGO
W ŁĘCZYCACH**

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 w
Łęczycach na pobyt dzienny/całodobowy***

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

Załącznik:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

*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