**Powiatowe Centrum**

**Pomocy Rodzinie**

**ul. Bolesława Prusa 88**

**05-800 Pruszków**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE**

 **DO POWIATOWEGO CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNEGO**

**W BRWINOWIE**

Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do PCOM:

Imię i nazwisko:

…………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

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

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

Data i miejsce urodzenia:

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

Pesel:

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

Telefon kontaktowy:

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

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Informacja o rodzaju niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu ☐;

2) dysfunkcja narządu wzroku ☐;

3) zaburzenia psychiczne ☐;

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐;

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐;

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐.

Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

…………………………………………………………………………………………………………

Zwracam się z prośbą o skierowanie do Powiatowego Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnego w Brwinowie na pobyt dzienny/całodobowy\*

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

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

**Załącznik:**

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. zaświadczenie lekarskie
3. dokument potwierdzający ustanowienie przedstawiciela ustawowego – obowiązkowe, w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego.

\*niepotrzebne skreślić

\*\* podpis kandydata na uczestnika PCOM, osoby uprawnionej do reprezentowania kandydata.