

.....  
(miejsowość, data)

Dane osoby składającej wniosek<sup>1</sup>:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr telefonu)

## **WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE SKIEROWANIA DO POWIATOWEGO CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNEGO (PCOM) W GOLUBIU-DOBRZYNIU**

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy w formie skierowania mnie/ mojego  
podopiecznego<sup>2</sup> .....  
do Powiatowego Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Golubiu-Dobrzyniu na pobyt  
całodobowy.

Załączam kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nr .....  
z dnia ..... Wydanego przez .....  
lub orzeczenia równoważnego (art. 3, art. 5, art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej  
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573  
ze zm.)

.....  
(czytelny podpis kandydata<sup>3</sup> na uczestnika  
lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

W przypadku składania wniosku przez osobę uprawnioną należy załączyć kopię pełnomocnictwa.

---

<sup>1</sup> Kandydat na uczestnika PCOM lub osoba uprawniona do reprezentacji kandydata. Do reprezentacji kandydata  
uprawnia m.in. pełnomocnictwo notarialne i zaświadczenie Sądu Rodzinnego (dot. osób ubezwłasnowolnionych)

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>3</sup> Wnioskodawca niemogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy  
odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis