………………… , dnia ……………………

**Dane osoby składającej wniosek**

…………………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………………

(adres zamieszkania)

…………………………………………………

(numer telefonu)

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNEGO POD AKACJĄ W DĘBNICY KASZUBSKIEJ**

Zwracam się do Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Dębnicy o wydanie decyzji dotyczącej pobytu dziennego/całodobowego\* w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym pod Akacją w Dębnicy Kaszubskiej.

**UZASADNIENIE WNIOSKU …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

………………………………

(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Załączniki:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
2. Zaświadczenie lekarskie

\* Niepotrzebne skreślić