



**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie**

ul. Szaniawskiego 64, 21-100 Lubartów

tel. (81) 854 33 29

[www.pcprlubartow.pl](http://www.pcprlubartow.pl)

[sekretariat@pcprlubartow.pl](mailto:sekretariat@pcprlubartow.pl)

---

....., dnia .....

Dane osoby składającej wniosek/  
przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika\*

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Telefon)

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNEGO  
W LUBARTOWIE**

Zwracam się do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie o wydanie skierowania do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Lubartowie na **pobyt dzienny/ całodobowy\***:

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

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

.....  
(Czytelny podpis osoby składającej wniosek  
/przedstawiciela ustawowego)

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (poświadczona za zgodność z oryginałem)
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do zamieszkania w COM
3. Zaświadczenie Sądu (dot. osób ubezwłasnowolnionych) lub pełnomocnictwo poświadczony notarialnie

\* niepotrzebne skreślić