FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Kandydata do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Nowych Litewnikach
Nabór uzupełniający: 03 – 13 listopada 2026 r.

A. DANE KANDYDATA

1. Imię (imiona) i nazwisko:

.....

2. Data urodzenia:

.....

3. Adres faktycznego zamieszkania:

.....

.....

4. Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania):

.....

5. Numer telefonu (jeżeli posiada):

.....

6. Adres e-mail (jeżeli posiada):

.....

B. INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. Posiadany stopień niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe):

☐ znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.

☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.

2. Organ wydający orzeczenie:

.....

3. Termin ważności orzeczenia (jeżeli został określony):

.....

C. OSOBA DO KONTAKTU (OPCJONALNIE)

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Numer telefonu lub adres e-mail:

.....

3. Stopień pokrewieństwa lub relacja z kandydatem:

.....

Podanie danych osoby do kontaktu jest dobrowolne. Należy uprzednio poinformować tę osobę o przekazaniu jej danych.

D. ZGŁOSZENIE I PODSTAWOWE INFORMACJE

Niniejszym zgłaszam chęć ubiegania się o miejsce pobytu całodobowego w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym w Nowych Litewnikach, którego uruchomienie planowane jest na dzień **1 grudnia 2026 r.**

Krótka informacja o powodzie zainteresowania pobytem w Centrum (wypełnienie nie jest obowiązkowe):

.....

.....

.....

.....

E. OSOBA SKŁADAJĄCA ZGŁOSZENIE

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

☐ zgłoszenie składam osobiście jako kandydat/kandydatka.

☐ zgłoszenie składa przedstawiciel ustawowy lub inna osoba uprawniona do reprezentowania kandydata.

W przypadku zgłoszenia składanego przez przedstawiciela lub inną uprawnioną osobę należy podać:

Imię i nazwisko:

.....

Podstawa reprezentacji kandydata:

.....

Numer telefonu:

.....

F. WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI

☐ Kopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego.

☐ Dokument potwierdzający uprawnienie do reprezentowania kandydata (jeżeli dotyczy).

G. OŚWIADCZENIA KANDYDATA LUB OSOBY UPRAWNIONEJ

☐ Oświadczam, że informacje podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do pobytu w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym, ani z wydaniem decyzji administracyjnej o skierowaniu.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis kandydata lub osoby uprawnionej:

.....

INFORMACJE ORGANIZACYJNE

1. Formularz zgłoszeniowy wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w terminie **od 03 do 13 listopada 2026 r.**
2. Dokumenty należy składać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łosicach.
3. Po wstępnej kwalifikacji kandydatów PCPR podejmie czynności zmierzające do uzyskania rodzinnego wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez ośrodek pomocy społecznej właściwy ze względu na miejsce zamieszkania kandydata, zgodnie z obowiązującymi przepisami i kompetencjami właściwych organów.
4. Szczegółowe potrzeby mieszkańców oraz indywidualny zakres świadczonego wsparcia zostanie ustalany na dalszym etapie postępowania.
5. Złożenie formularza zgłoszeniowego nie gwarantuje przyjęcia do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego.