

Odwołanie od decyzji WZON

Miejscowość i data

Imię i nazwisko osoby składającej pismo

Adres do korespondencji

PESEL osoby, której dotyczy sprawa

Sąd Rejonowy — miejscowość, Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych i adres

Za pośrednictwem:
Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
Miejscowość i adres zespołu

Organ, który wydał decyzję — WZON w miejscowości

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy decyzja

Numer decyzji i data jej wydania

Data doręczenia decyzji

Zaskarżam decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia w zakresie zaniżonej oceny. Wnoszę o jej zmianę i ustalenie poziomu potrzeby wsparcia odpowiadającego rzeczywistym potrzebom.
Przyznane punkty; żądana liczba punktów i zakres zmiany decyzji

Wnoszę o przeprowadzenie rozprawy i dowodów wskazanych w uzasadnieniu. Uzasadnienie, załączniki i podpis znajdują się na następnej stronie.

Uzasadnienie odwołania do sądu

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy sprawa; numer decyzji lub sygnatura

Codzienne trudności, potrzebna pomoc i powody kwestionowania decyzji

Wnioski dowodowe — dokumenty, świadkowie z adresami i fakty, które mają potwierdzić; biegli

Załączniki — nazwy dokumentów i liczba dodatkowych kart

Dołącz odpis odwołania i załączników dla organu.

Własnoręczny podpis osoby składającej pismo

Szczegółowe zarzuty do oceny czynności

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy sprawa; numer decyzji lub sygnatura

Załącznik do pisma. Kartę można powielić. Opisz tylko czynności, których ocenę kwestionujesz.

Zakwestionowana czynność 1

Numer i nazwa czynności

Ocena w decyzji; żądana ocena — rodzaj i częstotliwość wsparcia

Konkretne trudności, potrzebna pomoc oraz potwierdzające je dowody

Zakwestionowana czynność 2

Numer i nazwa czynności

Ocena w decyzji; żądana ocena — rodzaj i częstotliwość wsparcia

Konkretne trudności, potrzebna pomoc oraz potwierdzające je dowody

Data i podpis osoby sporządzającej załącznik