

Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy

Miejscowość i data

Imię i nazwisko osoby składającej pismo

Adres do korespondencji

PESEL osoby, której dotyczy sprawa

Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Miejscowość i adres zespołu

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy decyzja

Numer decyzji i data jej wydania

Data doręczenia decyzji

Wnoszę o ponowne rozpatrzenie sprawy i zmianę decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, ponieważ przyznana punktacja jest zaniżona.

Żądany poziom potrzeby wsparcia w punktach — jeśli wskazujesz konkretną liczbę

Żądam oceny odpowiadającej rzeczywistym trudnościom w samodzielnym wykonywaniu czynności i faktycznie potrzebnej pomocy.

Uzasadnienie, wnioski dowodowe, załączniki i podpis znajdują się na następnej stronie.

Uzasadnienie wniosku o ponowne rozpatrzenie

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

Dlaczego ocena jest zaniżona — codzienne trudności i potrzebna pomoc

Zarzuty dotyczące postępowania — wyłącznie zdarzenia, które miały miejsce w tej sprawie

Wnioski dowodowe — dokumenty, informacje od opiekuna, miejsce oceny

Załączniki — nazwy dokumentów i liczba dodatkowych kart

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