

Miejscowość, data

Imię i nazwisko: ...

Adres: ...

PESEL: ...

Numer telefonu lub adres e-mail: ...

**Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności**

W

Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy

Wnoszę o ponowne rozpatrzenie sprawy zakończonej decyzją Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w z dnia, numer, ustalającą poziom potrzeby wsparcia na punktów.

Nie zgadzam się z przyznaną liczbą punktów, ponieważ nie odzwierciedla ona mojego rzeczywistego funkcjonowania ani zakresu pomocy, której potrzebuję w codziennym życiu.

Wnoszę o zmianę decyzji i ustalenie poziomu potrzeby wsparcia odpowiadającego moim faktycznym ograniczeniom.

Uzasadnienie

Kwestionuję ocenę następujących czynności:

1. Nazwa ocenianej czynności:

W decyzji przyjęto, że

W rzeczywistości

Potrzebuję pomocy polegającej na

.....

Pomoc jest potrzebna razy dziennie, tygodniowo lub podczas każdej próby wykonania czynności.

Bez wsparcia

2. Nazwa ocenianej czynności:

W decyzji przyjęto, że

W rzeczywistości

Potrzebuję pomocy polegającej na

.....

Pomoc jest potrzebna razy dziennie, tygodniowo lub podczas każdej próby wykonania czynności.
Bez wsparcia

Przykładowo: nie przygotowuję samodzielnie ciepłych posiłków. Druga osoba kroí produkty, obsługuje kuchenkę i nadzoruje gotowanie, ponieważ mam trudności z bezpiecznym używaniem noża oraz pamiętaniem o wyłączeniu urządzeń. Takiego wsparcia potrzebuję codziennie.

W związku z powyższym proszę o ponowną ocenę wskazanych czynności i zmianę decyzji.

Załączniki:

1.
2.
3.

Czytelny podpis: ...