***WZÓR WNIOSKU O PONOWNE ROZPATRZENIE***

***WNIOSKU O WYDANIE DECYZJI USTALAJĄCEJ POZIOM POTRZEBY WSPARCIA***

Miejscowość, data

*Odwołujący się, np.:*

Jan Nowak

ul. Nowa 1

Poznań

*(w przypadku pełnomocnictwa/ ubezwłasnowolnienia)*

*działający w imieniu:*

Anny Nowak

Wojewódzki Zespół do Spraw

 Orzekania o Niepełnosprawności

 w Województwie Wielkopolskim

**WNIOSEK O PONOWNE ROZPATRZENIE**

decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w (miejscowość) z dnia *(data*) o numerze ZN-V. .…….

**UZASADNIENIE**

Nie zgadzam się z decyzją, ponieważ …

 (własnoręczny podpis)