

**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)