

# Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy ustalenia poziomu potrzeby wsparcia

[Miejscowość, data]

[Imię i nazwisko osoby, której dotyczy decyzja]

[Adres stałego pobytu]

PESEL: [numer PESEL]

[Telefon lub e-mail do kontaktu]

[Jeżeli piszesz w imieniu tej osoby: Twoje imię i nazwisko, adres oraz podstawa działania: przedstawiciel ustawowy (rodzic osoby niepełnoletniej albo opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie) albo pełnomocnik z pełnomocnictwem w załączeniu; rodzic lub inny bliski dorosłej osoby działa jako pełnomocnik; o osobie, której dotyczy decyzja, pisz wtedy w trzeciej osobie]

[Pełna nazwa wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, jak w nagłówku decyzji]

[Adres zespołu]

Znak sprawy: [numer decyzji lub znak sprawy z nagłówka decyzji]

## WNIOSEK O PONOWNE ROZPATRZENIE SPRAWY ustalenia poziomu potrzeby wsparcia

Na podstawie art. 6b<sup>5</sup> ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wnoszę o ponowne rozpatrzenie sprawy zakończonej decyzją nr [numer] z dnia [data wydania], doręczoną dnia [data doręczenia], w której poziom potrzeby wsparcia ustalono na [liczba] punktów.

Wnoszę o ustalenie poziomu potrzeby wsparcia na co najmniej [liczba] punktów [np. 70, od których przysługuje świadczenie wspierające].

Czynności ocenione zbyt nisko

1. [Nazwa czynności z formularza oceny, np. przygotowywanie posiłków]: przyjęto [brak potrzeby wsparcia / wsparcie towarzyszące, częściowe, pełne albo szczególne z częstotliwością: czasami, często, bardzo często albo zawsze]. Faktycznie potrzebne jest wsparcie [towarzyszące / częściowe / pełne / szczególne] [czasami / często / bardzo często / zawsze], ponieważ [co dzieje się przy tej czynności bez pomocy, np. nie utrzymuję garnka w dłoni, zapominam wyłączyć kuchenkę].
2. [Kolejna czynność]: [jak wyżej].
3. [Kolejna czynność]: [jak wyżej].

Okoliczności, których skład nie wziął pod uwagę

[Np. ocena trwała [liczba] minut i przypadła na lepszy dzień; skład nie zapytał o [czynność];

pominięto informacje z kwestionariusza samooceny o [okoliczność]; napady lub nasilenia objawów zdarzają się [jak często] i wymagają obecności drugiej osoby.]

Wnoszę także o:

- przeprowadzenie oceny [w miejscu mojego stałego pobytu / w siedzibie zespołu], zgodnie z art. 4c ust. 2 ustawy;
- uwzględnienie informacji od [imię i nazwisko oraz rola, np. matka, partner], osoby, która na co dzień pomaga przy [czynności];
- udostępnienie do wglądu formularza oceny i opinii członków składu ustalającego (art. 73 § 1 k.p.a.).

Decyzję doręczono dnia [data doręczenia]. Wniosek składałam w terminie 14 dni od doręczenia.

[Podpis osoby, której dotyczy decyzja, albo jej przedstawiciela lub pełnomocnika. Gdy osoba nie może się podpisać, podpisuje osoba przez nią upoważniona i zaznacza to obok podpisu.]

Załączniki:

- kopia decyzji nr [numer] z dnia [data wydania],
- [aktualna dokumentacja medyczna: karty informacyjne leczenia, konsultacje specjalistów, wyniki badań],
- [opinie fizjoterapeuty, psychologa, terapeuty zajęciowego albo placówki, do której chodzi osoba, której dotyczy decyzja],
- [opis codziennej pomocy sporządzony przez opiekuna, z datą i podpisem],
- [pełnomocnictwo, jeżeli wniosek podpisuje pełnomocnik].