.....

(miejscowość i data)

Pełnomocnictwo

Ja, niżej podpisany/a:.....

Miejsce stałego pobytu: .....

(ulica, nr domu, nr lokalu,

kod pocztowy, miejscowość) .....

PESEL: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

udzielam pełnomocnictwa:

Imię i nazwisko: .....

Adres do korespondencji: .....

(ulica, nr domu, nr lokalu,

kod pocztowy, miejscowość) .....

PESEL: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

do reprezentowania mnie przed Wojewódzkim Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach w postępowaniu dotyczącym ustalenia poziomu potrzeby wsparcia, w tym do podejmowania wszelkich czynności procesowych związanych z prowadzonym postępowaniem, w szczególności do: składania w moim imieniu wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia oraz innych wniosków, oświadczeń, wyjaśnień i dokumentów związanych z prowadzonym postępowaniem; wypełniania i składania kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem, zgodnie z obowiązującymi przepisami; odbioru korespondencji kierowanych do mnie w toku postępowania; składania środków zaskarżenia, w szczególności wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz odwołania od decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia do właściwego sądu; podejmowania innych czynności procesowych związanych z prowadzonym postępowaniem.

.....

(pełny podpis Mocodawcy – Imię i nazwisko)

.....

(pełny podpis osoby upoważnionej – Imię i nazwisko)