Odwołanie do SKO od decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia

Miejscowość i data

Twoje imię i nazwisko; Twój adres; PESEL (opcjonalnie)

Organ I instancji (np. Burmistrz Miasta X / Wójt Gminy Y – adres MOPS/GOPS)

Nazwa SKO (z pouczenia decyzji, np. Samorządowe Kolegium Odwoławcze w Z.)

Imię i nazwisko podopiecznego

Numer (znak) i data decyzji

Data doręczenia decyzji (rrrr-mm-dd)

Okres, za który żąda zwrotu (np. 01.2026–04.2026)

Od kiedy ZUS przyznał świadczenie wspierające (data)

Orzeczenie podopiecznego (rodzaj, numer, data, do kiedy)

Odwołanie do SKO od decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy sprawa; numer decyzji lub sygnatura

Opisz opiekę: co robisz, jak często, także w nocy (czynności, leki, wizyty, nadzór)

Czego żądam — zakres zmiany lub czynności, o które wnoszę

Dowody i wnioski dowodowe — dokumenty, daty, świadkowie i ich adresy

Załączniki — nazwy dokumentów i liczba dodatkowych kart

Własnoręczny podpis osoby składającej pismo