

**Prośba o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach programu
„Aktywny samorząd”**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Pesel:

Na podstawie rozdziału I ust. 4 dokumentu pn. „Zasady (...)”, zwracam się do Realizatora programu z prośbą o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” na zadanie:

☐ Obszar A Zadanie 1	☐ Obszar A Zadanie 2	☐ Obszar A Zadanie 3
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania samochodu (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu słuchu)
☐ Obszar A Zadanie 4	☐ Obszar B Zadanie 1	☐ Obszar B Zadanie 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania samochodu (dysfunkcja narządu słuchu)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja wzroku lub obu rąk)	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
☐ Obszar B Zadanie 3	☐ Obszar B Zadanie 4	☐ Obszar B Zadanie 5
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja słuchu)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej zakupionego sprzętu elektronicznego
☐ Obszar C Zadanie 1	☐ Obszar C Zadanie 2	☐ Obszar C Zadanie 3
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy kończyny, na III lub IV poziomie jakości
☐ Obszar C Zadanie 4	☐ Obszar C Zadanie 5	☐ Obszar C Zadanie 6
pomoc w utrzymaniu sprawności posiadanej protezy kończyny, na III lub IV poziomie jakości	pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w zakupie manualnego wózka multipozycyjnego lub jego niezbędnego wyposażenia
☐ Obszar D		☐ Moduł II
pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej		pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

Informacje dodatkowe:

.....

Data, podpis Wnioskodawcy

.....