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

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:
Pesel:
Adres zamieszkania:

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:

☐ **MODUŁ I**		
☐ **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 o r a z oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego 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 na co najmniej III poziomie jakości
☐ **Obszar C Zadanie 4**	☐ **Obszar C Zadanie 5**	☐ **Obszar D**
pomoc w utrzymaniu sprawności posiadanej protezy na co najmniej III poziomie jakości	Pomoc w zakupie skutera elektrycznego lub napędu elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
☐ **MODUŁ I I**		
pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym		

Informacje dodatkowe:

……
……
……

Data, podpis Wnioskodawcy

……