

**Prośba o przywrócenie terminu
na złożenie wniosku (w tym wniosku o rozliczenie) 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:

<input type="checkbox"/> Moduł I	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu ruchu	Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B dla osób z dysfunkcją narządu ruchu
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4
Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B dla osób z dysfunkcją narządu słuchu	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu słuchu
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1
Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	Pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 6	<input type="checkbox"/> Obszar D
pomoc w zakupie wózka multipozycyjnego lub jego niezbędnego wyposażenia	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
<input type="checkbox"/> Obszar E	<input type="checkbox"/> Moduł II
pomoc w kontynuowaniu rehabilitacji w formie wentylacji domowej	pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

Załączniki – opcjonalnie: sztuk

....., dnia.....r.
Miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy