|  |  |
| --- | --- |
| Logo PFRON | Załącznik nr 3  do Szczegółowych zasad finansowania badań w konkursie „Niepełnosprawność w naukach humanistycznych” |

**WNIOSEK   
o dofinansowanie badań w ramach konkursu**  **„Niepełnosprawność w naukach humanistycznych”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wypełnia PFRON** | **Data wpływu do PFRON:** | **Identyfikator wniosku w systemie SOF:** |
| *(pieczęć wpływu)* | ………………………………………….………………… |

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (LIDER BADANIA)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy - Lidera *(w nawiasie należy podać skrót dla Wnioskodawcy)* | | |  | |
| Ulica | | |  | |
| Nr posesji | | |  | |
| Miejscowość | | |  | |
| Kod pocztowy | | |  | |
| Poczta | | |  | |
| Gmina | | |  | |
| Powiat | | |  | |
| Województwo | | |  | |
| Nr KRS-u/numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/Nr w rejestrze uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych/nie dotyczy *(niepotrzebne skreślić)* | | | |  |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT? | | | TAK  NIE  *Podstawa zwolnienia z VAT:*……………………………………………..….. | |
| REGON | | |  | |
| NIP | | |  | |
| Wnioskodawca: | | | jest jednostką sektora finansów publicznych  jest jednostką niezaliczaną do sektora finansów publicznych | |
| Status Wnioskodawcy: | | | jest przedsiębiorcą  nie jest przedsiębiorcą | |
| **OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU** | | | | |
| Imię i Nazwisko | |  | | |
| Funkcja/stanowisko | |  | | |
| Tel. stacjonarny/komórkowy | |  | | |
| e-mail | |  | | |
| REALIZACJA OBOWIĄZKU WPŁAT NA PFRON | | | | |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON? | | TAK  NIE  *Podstawa zwolnienia z wpłat na PFRON:*………………………………….. | | |
| Numer identyfikacyjny PFRON  *(o ile dotyczy)* | |  | | |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON? | | TAK  NIE | | |
| INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON *(ZA OKRES 3 OSTATNICH LAT)* | | | | |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?** | TAK  NIE | | | |

| **Cel** *(nazwa programu lub zadania ustawowego)***[[1]](#footnote-1)** | **Numer i data  zawarcia umowy** | **Kwota  przyznana [zł]** | **Czy umowa jest rozliczona? Tak/Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY - PARTNER BADANIA  
   *należy wypełnić w przypadku składania wniosku wspólnego*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy - Partnera*(w nawiasie należy podać skrót dla Wnioskodawcy)* |  | |
| Ulica |  | |
| Nr posesji |  | |
| Miejscowość |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Poczta |  | |
| Gmina |  | |
| Powiat |  | |
| Województwo |  | |
| Nr KRS-u/numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/Nr w rejestrze uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych/nie dotyczy *(niepotrzebne skreślić)* | |  |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT? | TAK  NIE  *Podstawa zwolnienia z VAT:*…………………………………………… | |
| REGON |  | |
| NIP |  | |
| Wnioskodawca: | jest jednostką sektora finansów publicznych  jest jednostką niezaliczaną do sektora finansów publicznych | |
| Status Wnioskodawcy: | jest przedsiębiorcą  nie jest przedsiębiorcą | |
| **OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU (PARTNER)** | | |
| Imię i Nazwisko |  | |
| Funkcja/stanowisko |  | |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  | |
| e-mail |  | |
| REALIZACJA OBOWIĄZKU WPŁAT NA PFRON | | |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON? | TAK  NIE  *Podstawa zwolnienia z wpłat na PFRON:*………………………... | |
| Numer identyfikacyjny PFRON  *(o ile dotyczy)* |  | |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON? | TAK  NIE | |
| INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON *(ZA OKRES 3 OSTATNICH LAT)* | | |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? | TAK  NIE | |

| **Cel** *(nazwa programu lub zadania ustawowego)***[[2]](#footnote-2)** | **Numer i data  zawarcia umowy** | **Kwota  przyznana [zł]** | **Czy umowa jest rozliczona? Tak/Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |

1. INFORMACJA O OSOBIE REALIZUJĄCEJ BADANIE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | | |  | |
| Stopień naukowy i tytuł zawodowy | | |  | |
| Rodzaj i miejsce zatrudnienia | | |  | |
| **PRZEBIEG KARIERY ZAWODOWEJ** | | | | |
| **Nazwa uczelni, instytutu lub  innej jednostki organizacyjnej** | | | **Daty uzyskania tytułu zawodowego i stopni naukowych** | **Stanowisko** (jeżeli dotyczy) |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
| **NAJWAŻNIEJSZE DOŚWIADCZENIA NAUKOWE ZDOBYTE W POLSCE I ZA GRANICĄ Z OSTATNICH CZTERECH LAT** *(w tym: stypendia, nagrody, udział w projektach badawczych)* | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **DWIE NAJWAŻNIEJSZE PUBLIKACJE** *(należy obowiązkowo dołączyć jedną w pliku pdf – nie może być to publikacja napisana we współpracy z innym autorem/autorką. Publikacja przesłana do PFRON może być wyłącznie w języku polskim lub angielskim)* | | | | |
|  | Tytuł publikacji (artykuł bądź monografia) |  | | |
| Tytuł czasopisma/antologii (w wypadku artykułu) |  | | |
| Rok wydania |  | | |
| Dziedzina |  | | |
| Temat |  | | |
|  | Tytuł publikacji (artykuł bądź monografia) |  | | |
| Tytuł czasopisma/antologii (w wypadku artykułu) |  | | |
| Rok wydania |  | | |
| Dziedzina |  | | |
| Temat |  | | |

1. INFORMACJA O BADANIU

|  |
| --- |
| **Tytuł badania** |
|  |
| **Uzasadnienie spełniania kryterium badań podstawowych prowadzonego badania** (maks. 300 słów) |
|  |
| **Cel naukowy badania: problem, jaki osoba realizująca badanie podejmuje się rozwiązać, stawiane pytania lub hipotezy badawcze** (maks. 500 słów) |
|  |
| **Znaczenie badania: dotychczasowy stan wiedzy, uzasadnienie podjęcia problemu badawczego, uzasadnienie nowatorskiego charakteru badań** (maks. 500 słów) |
|  |
| **Harmonogram** (w tym kiedy planowane jest przesłanie artykułu do publikacji oraz wystąpienie konferencyjne) |
|  |
| **Metodologia badania: sposób realizacji badania, narzędzia i perspektywy badawcze, metody analizy  i opracowania wyników** (maks. 400 słów) |
|  |
| **Bibliografia** |
|  |
| **Planowane miejsce publikacji artykułu oraz alternatywne - w przypadku nie przyjęcia artykułu do druku w pierwszym czasopiśmie - wraz z uzasadnieniem** (maks. 300 słów) |
|  |
| **Nazwa konferencji, podczas której planowane jest przedstawienie wyników badania wraz z uzasadnieniem** (maks.200 słów) |
|  |

1. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY
2. **Oświadczam**, że podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. **Oświadczam**, że wobec reprezentowanego przeze mnie podmiotu nie została wszczęta procedura zawiadomienia odpowiednich organów o możliwości popełnienia przestępstwa.
4. **Oświadczam**, że w ciągu ostatnich 3 lat reprezentowany przeze mnie podmiot nie był stroną umowy zawartej z PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
5. **Oświadczam**, że w reprezentowanym przeze mnie podmiocie, w stosunku do osób pełniących funkcje członków zarządu lub organów uprawnionych do reprezentowania tego podmiotu, nie toczą się postępowania o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe, ani nie zostały one skazane za popełnienie ww. przestępstwa.
6. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
7. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędu Skarbowego.
8. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec innych organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej, w tym wobec jednostek samorządu terytorialnego.
9. **Oświadczam,** że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec pracowników.
10. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie został postawiony w stan upadłości lub likwidacji.
11. **Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest upoważniony do przetwarzania danych osobowych osób wskazanych w punkcie IV Wniosku w zakresie wynikającym z treści tego punktu oraz do przekazania tych danych we wskazanym wyżej zakresie Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dla celów realizacji i oceny Wniosku o dofinansowanie badań dotyczących rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
12. **Oświadczam,** że badanie objęte niniejszym wnioskiem nie jest i nie było finansowane z innego źródła. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję lub osoba realizująca badanie nie ubiega równocześnie o finansowanie działania z innych źródeł.
13. **Oświadczam,** że w przypadku uzyskania finansowania z innego źródła niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i:

* zrezygnuję z ubiegania się o finansowanie badania w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, bądź
* zrezygnuję z przyjęcia finansowania z innego źródła.

……………………………………………………………….

*(data i podpis)*

1. dodać właściwą liczbę wierszy [↑](#footnote-ref-1)
2. dodać właściwą liczbę wierszy [↑](#footnote-ref-2)