Załącznik do Szczegółowych Zasad, Moduł A

**Zamówienie**

badań dotyczących rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w ramach zadania realizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|  |  |
| --- | --- |
| **Data złożenia do PFRON** *(wypełnia PFRON)* |  |

W zamówieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać **„Nie dotyczy”**.

1. INFORMACJE O ZAMAWIAJĄCYM

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Zamawiającego |  |
| Ulica |  |
| Nr posesji |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Poczta |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Podmiot Zamawiający | ministerstwo  urząd centralny  jednostka samorządu terytorialnego  organizacja pozarządowa działająca na rzecz osób niepełnosprawnych |
| **Osoba do kontaktu w sprawie zamówienia** | |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Zamawiającego** | |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Zamawiającego** | |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |

1. DOTYCHCZASOWA DZIAŁALNOŚĆ ZAMAWIAJĄCEGO W OBSZARZE INTEGRACJI I REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH   
   *(DOTYCZY ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH)*

|  |
| --- |
|  |

1. INFORMACJE O BADANIU

|  |
| --- |
| 1. **Obszar tematyczny badań:** |
| badania diagnozujące sytuację społeczną i ekonomiczną osób niepełnosprawnych,  badania dotyczące dobrych praktyk w zakresie integracji oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych,  badania, których wynikiem jest ocena sprawności działania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej,  badania dotyczące stosowanych w polityce społecznej Polski, innych krajów UE i świata rozwiązań w obszarze niepełnosprawności, z uwzględnieniem osiąganych rezultatów i możliwości zastosowania rozwiązań zagranicznych w warunkach polskich  badania monitorujące i ewaluacyjne, umożliwiające ocenę realizowanych działań i interwencji publicznych w obszarze niepełnosprawności,  badania na temat różnych aspektów społecznego i kulturowego funkcjonowania osób niepełnosprawnych, postrzegania i reprezentacji niepełnosprawności,  inne badania z różnych dziedzin nauki i techniki, których tematyka dotyczy rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. |
| 1. **Wyniki badań mają służyć do:** |
| formułowania strategii polityki społecznej w obszarze niepełnosprawności na poziomie kraju, regionu i poziomie lokalnym,  formułowania programów realizujących politykę społeczną wobec osób niepełnosprawnych,  standaryzacji i podnoszenia jakości usług skierowanych do osób niepełnosprawnych,  standaryzacji terminologii diagnozowania stanu i uwarunkowań niepełnosprawności, uwzględniającej zakres i wielkość niezbędnego wsparcia,  upowszechniania dobrych praktyk.  budowania warunków integracji osób niepełnosprawnych,  budowania społeczeństwa obywatelskiego,  rozwoju technologii w zakresie likwidacji barier funkcjonalnych osób niepełnosprawnych,  pogłębiania i upowszechniania nauki w dziedzinach dotyczących problematyki niepełnosprawności. |
| 1. **Słowa kluczowe** (max. 5) |
|  |

1. OPIS BADANIA

*Maksymalna objętość i format opisu badania – do 15 stron A4: czcionka 12 pt, pojedyncza interlinia między wierszami*

|  |
| --- |
| 1. **Cel ogólny badania** *(do ¼ strony A4)* |
|  |
| 1. **Cele operacyjne/szczegółowe badania** *(do ½ strony A4)* |
|  |
| 1. **Uzasadnienie potrzeby podjęcia badania nad tematem/rozwiązaniem** *(do 5 stron A4)*, w tym:  * Opis problemu jaki ma być rozwiązany/badany * Aktualny stan wiedzy w zakresie tematu badania |
|  |
| 1. **Kierunkowe pytania badawcze** *(do 2 stron A4)* |
|  |
| 1. **Zapotrzebowanie na wyniki projektu: wskazanie grupy/grup docelowych odbiorców wyników badania wraz z uzasadnieniem (na jakiej podstawie stwierdzono takie zapotrzebowanie)** (*do 2 stron A4)* |
|  |
| 1. **Wskazanie grup, które odniosą korzyści w wyniku realizacji badania i opis tych korzyści** (*do 2 stron A4)* |
|  |
| 1. **Planowany sposób upowszechniania wyników badania** *(do 1 strony A4)* |
|  |
| 1. **Wstępny opis proponowanej metodologii badawczej** *(do 2 stron A4)* |
|  |

1. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa załącznika** | **Dołączono do wniosku** |
| Dokument określający sposób reprezentacji Zamawiającego (np. KRS, statut, pełnomocnictwo, wypis z rejestru uczelni niepublicznych) potwierdzający prawo wymienionych we wniosku osób do reprezentowania Wnioskodawcy |  |
| Inne załączniki, jakie? |  |
|  |  |

1. OŚWIADCZENIA ZAMAWIAJĄCEGO:
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.

.................................................... dnia .................................r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pieczęć firmowa Zamawiającego** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Zamawiającego oraz zaciągania zobowiązań finansowych** | |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |