|  |  |
| --- | --- |
| Logo PFRON | Załącznik nr 3 do Szczegółowych zasad finansowanie badań w konkursie „Reprezentacje niepełnosprawności w kulturze i edukacji” |

**WNIOSEK
o dofinansowanie badań w konkursie
„Reprezentacje niepełnosprawności w kulturze i edukacji”**

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

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

I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (LIDER BADANIA)

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy - Lidera |  |
| 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 organizacyjny podmiotu: | [ ]  jest przedsiębiorcą[ ]  nie jest przedsiębiorcą |
| Wnioskodawca to: | [ ]  uczelnia w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85, z późn. zm.),[ ]  jednostka naukowa Polskiej Akademii Nauk w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o PAN (Dz.U. z 2019 r. poz. 1183, z późn. zm.)[ ]  instytut badawczy, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1350, z późn. zm.)[ ]  inny podmiot o udokumentowanym dorobku badawczym w zakresie problematyki dotyczącej przynajmniej jednego z wymienionych obszarów: niepełnosprawności, edukacji, systemu edukacji, kultury, w tym także polityki kulturalnej, różnorodności społecznej i kulturowej, działający na rynku przez okres minimum 3 lat, prowadzący działalność badawczą wpisaną do KRS/ewidencji działalności gospodarczej |
| 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)**-* należy dodać właściwą liczbę wierszy | **Numer i data zawarcia umowy** | **Kwota przyznana [zł]** | **Czy umowa jest rozliczona?Tak/Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

|  |
| --- |
| OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU (LIDER) |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY - LIDERA |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |

|  |
| --- |
| WYKAZ BADAŃ DOKUMENTUJĄCY DOROBEK BADAWCZY WNIOSKODAWCY W ZAKRESIE PROBLEMATYKI DOTYCZĄCEJ: NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, EDUKACJI, SYSTEMU EDUKACJI, KULTURY, W TYM TAKŻE POLITYKI KULTURALNEJ, RÓŻNORODNOŚCI SPOŁECZNEJ I KULTUROWEJ *(nie dotyczy: uczelni, jednostki naukowej Polskiej Akademii Nauk, instytutu badawczego, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych)* |
| **L.p.** | **Okres realizacji** | **Tytuł badania** | **Cel badania** | **Źródło finansowania** | **Dokument potwierdzający realizację badania dołączono do wniosku** |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |

## **II. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (PARTNER BADANIA)** *należy wypełnić w przypadku składania wniosku wspólnego*

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy - Partnera |  |
| 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 organizacyjny podmiotu: | [ ]  jest przedsiębiorcą[ ]  nie jest przedsiębiorcą |
| Wnioskodawca to: | [ ]  uczelnia w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85, z późn. zm.),[ ]  jednostka naukowa Polskiej Akademii Nauk w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o PAN (Dz.U. z 2019 r. poz. 1183, z późn. zm.)[ ]  instytut badawczy, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1350, z późn. zm.)[ ]  inny podmiot o udokumentowanym dorobku badawczym w zakresie problematyki dotyczącej przynajmniej jednego z wymienionych obszarów: niepełnosprawności, edukacji, systemu edukacji, kultury, w tym także polityki kulturalnej, różnorodności społecznej i kulturowej, działający na rynku przez okres minimum 3 lat, prowadzący działalność badawczą wpisaną do KRS/ewidencji działalności gospodarczej |
| 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)**-* należy dodać właściwą liczbę wierszy | **Numer i data zawarcia umowy** | **Kwota przyznana [zł]** | **Czy umowa jest rozliczona?Tak/Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

|  |
| --- |
| OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU (PARTNER) |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY - PARTNERA |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| WYKAZ BADAŃ DOKUMENTUJĄCY DOROBEK BADAWCZY WNIOSKODAWCY W ZAKRESIE PROBLEMATYKI DOTYCZĄCEJ: NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, EDUKACJI, SYSTEMU EDUKACJI, KULTURY, W TYM TAKŻE POLITYKI KULTURALNEJ, RÓŻNORODNOŚCI SPOŁECZNEJ I KULTUROWEJ *(nie dotyczy: uczelni, jednostki naukowej Polskiej Akademii Nauk, instytutu badawczego, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych)* |
| **L.p.** | **Okres realizacji** | **Tytuł badania** | **Cel badania** | **Źródło finansowania** | **Dokument potwierdzający realizację badania dołączono do wniosku** |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |

III. INFORMACJA O BADANIU

|  |
| --- |
| **Badanie dotyczy modułu** *(należy zaznaczyć odpowiedni moduł)* |
| [ ]  Reprezentacje niepełnosprawności w filmach, serialach i programach TV dla dzieci i młodzieży[ ]  Reprezentacje niepełnosprawności w grach dla dzieci i młodzieży[ ]  Reprezentacje niepełnosprawności w podręcznikach szkolnych |
| **Tytuł badania** |
|  |
| **Uzasadnienie spełniania kryterium badań podstawowych prowadzonego badania** (maks. 200 słów) |
|  |
| **Materiały (w zależności od modułu: 1. Filmy, seriale, programy TV, 2. Gry, 3. Podręczniki szkolne), które zostaną poddane analizie wraz z uzasadnieniem** |
|  |
| **Dotychczasowy stan wiedzy na temat poruszony w badaniu (w zależności od wybranego modułu: 1. Reprezentacje niepełnosprawności w filmach, serialach i programach TV dla dzieci i młodzieży, 2. Reprezentacje niepełnosprawności w grach dla dzieci i młodzieży, 3. Reprezentacje niepełnosprawności w podręcznikach szkolnych)** |
|  |
| **Metodologia** (sposób realizacji badania, narzędzia, metody analizy i opracowania wyników) |
|  |
| **Działania mające na celu upowszechnienie wyników badania** |
|  |
| **Bibliografia** |
|  |
| **Plan badania** (proszę podzielić badanie na etapy z podziałem na miesiące oraz zaplanować działania upowszechniające wyniki badania) |
|  |

## **IV. ZESPÓŁ ZAPLANOWANY DO REALIZACJI PROJEKTU**

*Należy przedstawić doświadczenie i osiągnięcia, przebieg kariery naukowej z okresu 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku w obszarze, którego wniosek dotyczy, planowane stanowisko/zadania w projekcie*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Imię i nazwisko**
 |  |
| Stanowisko w projekcie |  |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą *(należy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)* | [ ]  umowa o pracę[ ]  umowa - zlecenieinne, jakie? ………………………………………………………………. |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: |  |

**Wykształcenie** *(w przypadku większej liczby instytucji tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie instytucji)*

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |
| Kwalifikacje zawodowe: (w związku z badaniem) |  |

**Doświadczenie zawodowe** *(w przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań)*

|  |  |
| --- | --- |
| Data: od (m-c/rok) do (m-c/rok) |  |
| Tytuł i charakter projektu/działania *(nie musiał być to koniecznie projekt; mogło być to np. realizacja badania; stworzenie artykułu naukowego, pracy naukowej, raportu, analizy)* |  |
| Źródło finansowania projektu/podmiot realizujący projekt |  |
| Stanowisko w ww. projekcie |  |
| Zdobyte doświadczenie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Imię i nazwisko**
 |  |
| Stanowisko w projekcie |  |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą *(należy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)* | [ ]  umowa o pracę[ ]  umowa - zlecenieinne, jakie? ………………………………………………………………. |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: |  |

**Wykształcenie** *(w przypadku większej liczby instytucji tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie instytucji)*

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |
| Kwalifikacje zawodowe: (w związku z badaniem) |  |

**Doświadczenie zawodowe** *(w przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań)*

|  |  |
| --- | --- |
| Data: od (m-c/rok) do (m-c/rok) |  |
| Tytuł i charakter projektu/działania *(nie musiał być to koniecznie projekt; mogło być to np. realizacja badania; stworzenie artykułu naukowego, pracy naukowej, raportu, analizy)* |  |
| Źródło finansowania projektu/podmiot realizujący projekt |  |
| Stanowisko w ww. projekcie |  |
| Zdobyte doświadczenie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Imię i nazwisko**
 |  |
| Stanowisko w projekcie |  |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą *(należy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)* | [ ]  umowa o pracę[ ]  umowa - zlecenieinne, jakie? ………………………………………………………………. |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: |  |

**Wykształcenie** *(w przypadku większej liczby instytucji tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie instytucji)*

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |
| Kwalifikacje zawodowe: (w związku z badaniem) |  |

**Doświadczenie zawodowe** *(w przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań)*

|  |  |
| --- | --- |
| Data: od (m-c/rok) do (m-c/rok) |  |
| Tytuł i charakter projektu/działania*(nie musiał być to koniecznie projekt; mogło być to np. realizacja badania; stworzenie artykułu naukowego, pracy naukowej, raportu, analizy)* |  |
| Źródło finansowania projektu/podmiot realizujący projekt |  |
| Stanowisko w ww. projekcie |  |
| Zdobyte doświadczenie |  |

W przypadku większej liczby członków zespołu badawczego, tabele należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie osób.

V. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. **Oświadczam**, że podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
2. **Oświadczam**, że wobec reprezentowanego przeze mnie podmiotu nie została wszczęta procedura zawiadomienia odpowiednich organów o możliwości popełnienia przestępstwa.
3. **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.
4. **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.
5. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
6. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędu Skarbowego.
7. **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.
8. **Oświadczam,** że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec pracowników.
9. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie został postawiony w stan upadłości lub likwidacji.
10. **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.
11. **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/ubiega się równocześnie o finansowanie działania z innych źródeł.
12. **Oświadczam,** że w przypadku uzyskania finansowania na badanie identyczne z badaniem objętym wnioskiem 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)*