|  |  |
| --- | --- |
| PFRON_wersja podstawowa_RGB-012.png | Załącznik nr 1bdo Szczegółowych Zasad (…) w Module B - Badania aplikacyjne  |

**WNIOSEK (wspólny)**

o dofinansowanie badań aplikacyjnych dotyczących rehabilitacji zawodowej
i społecznej osób niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu *(do 100 znaków)* |  |
| Planowany okres realizacji projektu  | od …...-…...-…….. do …...-…….-…….  |
| Liczba miesięcy |  |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON [PLN] |  |

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (LIDER PROJEKTU)

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy*(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 |
| 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 Polskiej Akademii Nauk (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 społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych, działający na rynku przez okres min. 3 lat, prowadzący dzialność badawczą wpisaną do KRS/ewidencji działalności gospodarczej |
| **Osoba do kontaktu w sprawie wniosku (LIDER)** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy (LIDER)** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy (LIDER)** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| 1. REALIZACJA OBOWIĄZKU WPŁAT NA PFRON
 |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON? | [ ]  TAK [ ]  NIE*Podstawa zwolnienia z wpłat na PFRON:*…………………………….. |
| Numer identyfikacyjny PFRON |  |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON? | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| 1. 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-2)** | **Numer i data zawarcia umowy** | **Kwota przyznana [zł]** | **Kwota rozliczona [zł]** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

|  |
| --- |
| 1. WYKAZ BADAŃ DOKUMENTUJĄCY DOROBEK BADAWCZY WNIOSKODAWCY W ZAKRESIE PROBLEMATYKI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH *(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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (PARTNER PROJEKTU)

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy*(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 |
| 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 Polskiej Akademii Nauk (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 społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych, działający na rynku przez okres min. 3 lat, prowadzący dzialność badawczą wpisaną do KRS/ewidencji działalności gospodarczej |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy (PARTNER)** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy (PARTNER)** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy (PARTNER)** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| 1. REALIZACJA OBOWIĄZKU WPŁAT NA PFRON
 |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON? | [ ]  TAK [ ]  NIE*Podstawa zwolnienia z wpłat na PFRON:*………………………………….. |
| Numer identyfikacyjny PFRON |  |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON? | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| 1. 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-3)** | **Numer i data zawarcia umowy** | **Kwota przyznana [zł]** | **Kwota rozliczona [zł]** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

|  |
| --- |
| 1. WYKAZ BADAŃ DOKUMENTUJĄCY DOROBEK BADAWCZY WNIOSKODAWCY W ZAKRESIE PROBLEMATYKI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH *(wymóg nie jest obowiązkowy dla Partnera; 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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  | [ ]  |

1. INFORMACJE O PROJEKCIE

|  |
| --- |
| 1. **Rodzaj projektu badawczego**(zgodnie z definicją w ogłoszeniu konkursu)
 |
| [ ]  projekt badawczy, którego produktem będzie rozwiązanie o charakterze społecznym[ ]  projekt badawczy, którego produktem będzie rozwiązanie o charakterze technicznym |
| 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 niepełnopsrawnych, postrzegania i reprezentacji niepełnosprawności,[ ]  inne badania z różnych dziedzin nauki i techniki, których tematyka dotyczy zagadnień rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. |
| 1. **Zastosowanie wyników badania**
 |
| **Wyniki badań mają służyć do:**[ ]  formułowania strategii polityki społecznej w obszarze niepełnosprawności na poziomie kraju, regionu lub 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. **Streszczenie projektu** *(Do 1000 znaków)*
 |
|  |

1. OPIS PROJEKTU

*Maksymalna objętość i format opisu projektu –* ***do 22 stron A4****: czcionka 12 pt, pojedyncza interlinia między wierszami*

|  |
| --- |
| 1. ZAŁOŻENIA PROJEKTU
 |
| 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)*
	* opis problemu, jaki Wnioskodawca podejmuje się rozwiązać/zbadać
	* aktualny stan wiedzy w zakresie tematu badania
 |
|  |
| 1. **Kierunkowe pytania/hipotezy badawcze** *(do 2 stron A4)*
 |
|  |
| 1. **Opis zakładanych wyników projektu** *(do 2 stron A4)*
	* produkty (wymienić i scharakteryzować, z uwzględnieniem mierzalnych wskaźników ich osiągnięcia)
	* zakładane rezultaty projektu (wymienić i scharakteryzować, z uwzględnieniem mierzalnych wskaźników ich osiągnięcia)
 |
|  |
| 1. **Przewaga proponowanego rozwiązania nad obecnie stosowanymi lub informacja, jaki oryginalny wkład wniesie rozwiązanie postawionego problemu do integracji lub/oraz rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych** (*do 1 strony A4)*
 |
|  |
| 1. **Analiza zapotrzebowania na wyniki projektu z podaniem grupy/grup docelowych odbiorców (tj. kategorii i liczebności) oraz źródeł informacji stanowiących podstawę opracowania analizy** (np. wyniki badań)*(do 2 stron A4)*
 |
|  |
| 1. **Wskazanie grup interesariuszy (osób, które odniosą korzyści w wyniku realizacji projektu i opis tych korzyści)** (*do 2 stron A4)*
 |
|  |
| 1. **Sposób upowszechniania wyników projektu** *(do 1 strony A4)* **-** działania upowszechniające winny zostać uwzględnione w harmonogramie projektum.in. konferencja, kampania w mediach społecznościowych, opublikowanie wyników na stronie Wnioskodawcy, publikacje artykułów naukowych, w tym w kwartalniku „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” (PL ISSN 2084-7734) (obligatoryjnie), prezentacja wyników projektu w siedzibie PFRON lub w trybie online (obligatoryjnie) oraz przygotowanie informacji dot.wyników projektu do opublikowania na stronie PFRON (obligatoryjnie).
 |
|  |
| 1. SZCZEGÓŁOWY OPIS METODOLOGII BADAWCZEJ
 |
| Opis proponowanej metodologii badawczej z uzasadnieniem jej adekwatności do założonego celu projektu *(do 4 stron A4).***Badania społeczne:** * Metody i techniki badawcze (liczebność i respondenci) z uzasadnieniem adekwatności do założonego celu projektu
* Narzędzia badawcze
* Sposób doboru prób badawczych (przykładowo w badaniach ilościowych: operat, liczebność próby, sposób osiągnięcia reprezentatywności, dokładnie opisany sposób dotarcia do respondentów)
* Sposób analizy zgromadzonych danych i opracowania wyników

**Badania techniczne:** * Wykaz kolejnych faz procesu badawczego z uzasadnieniem celowości ich realizacji
* Urządzenia (aparatura) jakie mają zostać wykorzystane w badaniach
* O ile dotyczy: sposób doboru prób badawczych (przykładowo w badaniach ilościowych: operat, liczebność próby, sposób osiągnięcia reprezentatywności, dokładnie opisany sposób dotarcia do respondentów)
* Sposób analizy zgromadzonych danych i opracowania wyników
 |
|  |
| 1. OPIS POSZCZEGÓLNYCH ETAPÓW PROJEKTU
 |
| **Opis poszczególnych etapów projektu winien być spójny z harmonogramem i budżetem projektu, powinien uwzględniać wszystkie procesy organizacyjne i badawcze projektu** *(do 3 stron A4)*  |
|  |
| 1. MOŻLIWOŚĆ WYKORZYSTANIA REZULTATÓW PROJEKTU W PRAKTYCE
 |
| *(do 2 stron A4)** **Opis planu wdrożenia rezultatów projektu - praktyczne wykorzystywanie wytworzonej własności intelektualnej, innowacji technicznych i społecznych, możliwości wprowadzenia produktów projektu na rynek, a także inne praktyczne wykorzystanie wyników projektu przez potencjalnych beneficjentów**
* **Harmonogram działań wdrożeniowych**
* **Opis współpracy z innymi podmiotami, instytucjami w zakresie wdrożenia rezultatów projektu**

*(W przypadku oprogramowania**należy odnieść się m.in. do kosztów użytkowania przez użytkownika, wskazać kto będzie administrował/zarządzał aplikacją, wskazać źródła utrzymania aplikacji na rynku).*UWAGA: Wnioskodawca w okresie do 9 miesięcy po zakończeniu realizacji projektu dofinansowanego ze środków PFRON zobowiązany jest przedstawić do PFRON pisemną informację na temat wykorzystania rezultatów projektu w praktyce. |
|  |

1. ZESPÓŁ ZAPLANOWANY DO REALIZACJI PROJEKTU
*Należy przedstawić doświadczenie i osiągnięcia, przebieg kariery naukowej z okresu 3 lat poprzedzających rok złożenia wniosku w obszarze, którego wniosek dotyczy, planowane stanowisko/zadania w projekcie.*

|  |
| --- |
| 1. **CZŁONEK ZESPOŁU BADAWCZEGO**
 |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko w projekcie |  |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą (umowa o pracę/ umowa- zlecenie/inne): |  |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: | 1.2.3. |

**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 |  |
| Źródło finansowania projektu/Podmiot realizujący projekt |  |
| Stanowisko w ww. projekcie |  |
| Zdobyte doświadczenie |  |

|  |
| --- |
| 1. **CZŁONEK ZESPOŁU BADAWCZEGO**
 |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko w projekcie |  |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą (umowa o pracę/ umowa- zlecenie/inne): |  |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: | 1.2.3. |

**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 |  |
| Źródło finansowania projektu/Podmiot realizujący projekt |  |
| Stanowisko w ww. projekcie |  |
| Zdobyte doświadczenie |  |

|  |
| --- |
| 1. **CZŁONEK ZESPOŁU BADAWCZEGO**
 |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko w projekcie |  |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą (umowa o pracę/ umowa- zlecenie/inne): |  |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: | 1.2.3. |

**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 |  |
| 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** |

1. KOSZTY PROJEKTU
*Należy wypełnić na podstawie budżetu projektu stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku.*

|  |
| --- |
| **CAŁKOWITE KOSZTY PROJEKTU****KOSZTY KWALIFIKOWALNE****KOSZTY NIEKWALIFIKOWALNE *– finansowane z innych źródeł np. z budżetu państwa, ze środków UE*****DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON** **+ WKŁAD WŁASNY PIENIĘŻNY****KOSZTY MERYTORYCZNE****KOSZTY OGÓLNE****KOSZTY BIEŻĄCE****KOSZTY INWESTYCYJNE** |
| 1. **Koszty całkowite projektu [w zł]** (poz. 2 + poz. 3):
 |  |
| 1. **Koszty kwalifikowalne projektu (ogółem) [w zł]** (poz. 2.1 + poz. 2.2), w tym:
 |  |
| 2.1 Wkład własny\* [w zł] (wysokość minimalnego wkładu własnego określony jest w ogłoszeniu o konkursie): |  |
| * wkład własny [% kosztów kwalifikowalnych projektu]
 |  |
| 2.2 Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON [w zł] |  |
| 1. **Koszty niekwalifikowane projektu [w zł], w tym:**
 |  |
| 3.1 należy podać źródło finansowania *(np. budżet państwa - podatek VAT, środki unijne np. w ramach PO PC wraz ze wskazaniem nazwy działania/ tytuł projektu itd. Każde źródło finansowania należy ująć w odrębnym wierszu. Jeśli w projekcie nie występują koszty niekwalifikowane należy wpisać 0,00)* |  |

1. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA ZAŁĄCZNIKA** | **Dołączono do wniosku** |
| 1. Dokument określający sposób reprezentacji Wnioskodawcy (np. KRS, statut, bądź wyciąg ze statutu, pełnomocnictwo, wypis z rejestru uczelni niepublicznych) potwierdzający prawo wymienionych we Wniosku osób do reprezentowania Wnioskodawcy. Dokument powinien być podpisany przez osobę do tego uprawnioną.
 | [ ]  |
| 1. Udokumentowanie doświadczenia badawczego z ostatnich 10 lat (w przypadku dużej ilości dokumentów dopuszczalne jest załączenie podpisanego wykazu publikacji, artykułów itp. oraz podpisanych pierwszych stron z każdej pozycji.
 | [ ]  |
| 1. Harmonogram realizacji projektu
 | [ ]  |
| 1. Szczegółowy budżet projektu
 | [ ]  |
| 1. Pełnomocnictwo/pełnomocnictwa do reprezentowania Wnioskodawcy (jeżeli Wniosek podpisuje osoba/osoby nie wymienione w KRS/statusie jako upowanione do reprezentowania Wnioskodawcy)
 | [ ]  |
| 1. Zestawienie otrzymanej pomocy de minimis (o ile dotyczy)
 | [ ]  |
| 1. Formularz informacji, którego wzór określa załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 r. Nr 53 poz. 311 z późn. zm.) - (o ile dotyczy)
 | [ ]  |

1. OŚWIADCZENIA/ZOBOWIĄZANIA WNIOSKODAWCY/ÓW

**UWAGA!** Oświadczenia składane są przez każdego z Wnioskodawców. Jeżeli WNIOSEK podpisują osoby inne niż wymienione w KRS/statucie jako upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy, należy załączyć pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający upoważnienie tych osob.

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 V 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 Wniosku o dofinansowanie badań dotyczących rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
11. **Zobowiązuje się** do przestrzegania standardów określonych w „Międzynarodowym kodeksie postępowania w badaniach rynkowych i społecznych” ESOMAR.

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

*Miejscowość i data podpisania wniosku oraz oświadczeń*

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Lider)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Lider)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Partner)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Partner)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

1. **Oświadczenie o kwalifikowalności VAT**

(wypełniają jedynie podmioty będące płatnikami podatku VAT)

1. **Oświadczam (Lider)**, że będąc płatnikiem podatku VAT mam możliwość/nie mam możliwości *(niepotrzebne skreślić)* obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony na podstawie *………………………………. (należy podać podstawę prawną w przypadku, gdy Wnioskodawca nie ma możliwości obniżenia kwoty podatku VAT)*.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Lider)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Lider)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

1. **Oświadczam (Partner)**, że będąc płatnikiem podatku VAT mam możliwość/nie mam możliwości *(niepotrzebne skreślić)* obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony na podstawie *……………………………… (należy podać podstawę prawną w przypadku,gdy Partner nie ma możliwości obniżenia kwoty podatku VAT)*.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Partner)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Partner)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

1. **Oświadczenie Wnioskodawcy będącego przedsiębiorcą**
2. **Oświadczam (Lider)**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest/nie jest *(niepotrzebne skreślić)* wykluczony z uzyskania pomocy na podstawie art. 1 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.

[ ]  *nie dotyczy z uwagi na rodzaj prowadzonej działalności*

1. **Oświadczam (Lider)**, że reprezentowany przeze mnie podmiot w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych otrzymał pomoc de minimis w wysokości ............................................................... EUR/nie otrzymał pomocy de minimis *(niepotrzebne skreślić)*, co potwierdza stosownym zestawieniem.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Lider)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Lider)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

1. **Oświadczam (Partner)**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest/nie jest *(niepotrzebne skreślić)* wykluczony z uzyskania pomocy na podstawie art. 1 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.

[ ]  *nie dotyczy z uwagi na rodzaj prowadzonej działalności*

1. **Oświadczam (Partner)**, że reprezentowany przeze mnie podmiot w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych otrzymał pomoc de minimis w wysokości ............................................................... EUR/nie otrzymał pomocy de minimis *(niepotrzebne skreślić)*, co potwierdza stosownym zestawieniem.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Partner)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Partner)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

1. **Oświadczam**, że projekt badawczy przedstawiony w niniejszym wniosku jest/nie jest *(niepotrzebne skreślić)* objęty tajemnicą przedsiębiorstwa i/lub prawami autorskimi.

Wykaz stron wniosku objętych tajemnicą przedsiębiorstwa i/lub prawami autorskimi: …………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Lider)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Lider)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Partner)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Partner)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

1. **Zgoda** na opublikowanie wyników projektu na stronie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Lider)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Lider)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Partner)** | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych (Partner)** |
|  | pieczątka imienna oraz podpis |  |
| pieczątka imienna oraz podpis |  |

1. dodać właściwą liczbę wierszy [↑](#footnote-ref-2)
2. dodać właściwą liczbę wierszy [↑](#footnote-ref-3)