|  |  |
| --- | --- |
| PFRON_wersja podstawowa_RGB-012.png | Załącznik nr 1b do 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)