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

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia PFRON** | Data złożenia do PFRON: |
|  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJE O ZAMAWIAJĄCYM** | | | | | | | |
| **Pełna nazwa Zamawiającego** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Województwo** | **Powiat** | | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | | **Ulica** | **Nr posesji** |
|  |  | |  |  | |  |  |
| **Podmiot Zamawiający** | | | | **Osoba do kontaktu w sprawie zamówienia** | | | |
| ministerstwo  urząd centralny  jednostka samorządu terytorialnego  organizacja pozarządowa działająca na rzecz osób niepełnosprawnych | | | | Imię i Nazwisko |  | | |
| Funkcja/stanowisko |  | | |
| Tel. stacjonarny |  | | |
| Tel.: kom |  | | |
| e-mail |  | | |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Zamawiającego** | | | | **Osoba upoważniona do reprezentowania Zamawiającego** | | | |
| Imię i Nazwisko | |  | | Imię i Nazwisko |  | | |
| Funkcja/stanowisko | |  | | Funkcja/stanowisko |  | | |
| Tel. | |  | | Tel. |  | | |
| e-mail | |  | | e-mail |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DOTYCHCZASOWA DZIAŁALNOŚĆ ZAMAWIAJĄCEGO W OBSZARZE INTEGRACJI I REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** *(DOTYCZY ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH)* | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **INFORMACJE O BADANIU** | | | | | |
|  | **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,  inne badania z różnych dziedzin nauki i techniki, których tematyka dotyczy rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. | |
| 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.  rozwoju technologii w zakresie likwidacji barier funkcjonalnych osób niepełnosprawnych,  rozwoju nauki w dziedzinach dotyczących problematyki niepełnosprawności. | |
|  | **Słowa kluczowe** (max. 5) | | |  | |
| 1. **OPIS BADANIA** | | | | | |
|  | | Maksymalna objętość i format opisu projektu – **do 15 stron A4**: czcionka Times New Roman 12 pt, pojedyncza interlinia między wierszami | | | |
| **ZAŁOŻENIA BADAWCZE** | | | |
| **Cel ogólny badania** *(do ¼ strony A4)* **:** | | | |
| **Cele operacyjne/szczegółowe badania** *(do ½ strony A4)* | | | |
| **Uzasadnienie potrzeby podjęcia badania nad tematem/rozwiązaniem** (*do 5 stron A4)*   * + Opis problemu jaki ma być rozwiązany/badany   + Aktualny stan wiedzy w zakresie tematu badania | | | |
| **Kierunkowe pytania badawcze** *(do 2 stron A4***)** . | | | |
| **Zapotrzebowanie na wyniki projektu: wskazanie grupy/grup docelowych odbiorców wyników projektu wraz z uzasadnieniem (na jakiej podstawie stwierdzono takie zapotrzebowanie)** (*do 2 stron A4)* | | | |
| **Wskazanie grup, które odniosą korzyści w wyniku realizacji projektu i opis tych korzyści** (*do 2 stron A4)* | | | |
| **Planowany sposób upowszechniania wyników projektu** (*do 1 strony A4)* | | | |
| **WSTĘPNY OPIS METODOLOGII BADAWCZEJ**. | | | |
| **Wstępny opis proponowanej metodologii badawczej** (*do 2 stron A4*). | | | |
| 1. **ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU** | | | | | |
| NR | | | 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 | |  |
|  | | |  | |  |

**Oświadczenia Zamawiającego:**

**Oświadczam**, że podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

**Oświadczam**, że wobec reprezentowanego przeze mnie podmiotu nie została wszczęta procedura zawiadomienia odpowiednich organów o możliwości popełnienia przestępstwa.

**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.

**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.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędu Skarbowego.

**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.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec pracowników.

**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 |  |