Załącznik nr 3 do Szczegółowych zasad finansowania badań w konkursie „Niepełnosprawność w naukach humanistycznych”

**WNIOSEK   
o dofinansowanie badań w ramach konkursu**  **„Niepełnosprawność w naukach humanistycznych”**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (LIDER BADANIA) | | | | | | | |
| **PEŁNA NAZWA WNIOSKODAWCY** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Województwo** | **Powiat** | **Kod pocztowy** | | **Miejscowość** | **Ulica** | | **Nr posesji** |
|  |  |  | |  |  | |  |
| **Gmina** |  | | | **Poczta** |  | | |
| **Nr KRS-u/numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/Nr w rejestrze uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych/nie dotyczy[[1]](#footnote-1)** | | | |  | | | |
| **Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT?** | | | | TAK  NIE  *Podstawa zwolnienia z VAT:……………………………………..* | | | |
| **REGON** | | | |  | | | |
| **NIP** | | | |  | | | |
| **Status organizacyjny podmiotu** | | | | jest przedsiębiorcą  nie jest przedsiębiorcą | | | |
| **Wnioskodawca** | | | | jest jednostką sektora finansów publicznych  jest jednostką nie zaliczaną do sektora finansów   publicznych | | | |
| **OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU** | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | |  | | | |
| **Funkcja/stanowisko** | | | |  | | | |
| **Tel.** |  | | | **e-mail** |  | | |
| **REALIZACJA OBOWIĄZKU WPŁAT NA PFRON** | | | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON?** | | | | TAK  NIE | | | |
| **Numer identyfikacyjny PFRON[[2]](#footnote-2)** | | | |  | | | |
| **Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON?** | | | | TAK  NIE | | | |
| **INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT** | | | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON** | | | | | TAK  NIE | | |
| **Cel  (nazwa programu lub zadania ustawowego)** | | | **Numer i data zawarcia umowy** | | **Kwota przyznana  [zł]** | **Czy umowa jest rozliczona? Tak/Nie** | |
|  | | |  | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | |
| Razem | | | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY - PARTNER BADANIA  *należy wypełnić w przypadku składania wniosku wspólnego* | | | | | | | | |
| **PEŁNA NAZWA WNIOSKODAWCY - PARTNERA** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Województwo** | **Powiat** | | **Kod pocztowy** | | **Miejscowość** | **Ulica** | | **Nr posesji** |
|  |  | |  | |  |  | |  |
| **Gmina** |  | | | | **Poczta** |  | | |
| **Nr KRS-u/numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/Nr w rejestrze uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych/nie dotyczy[[3]](#footnote-3)** | | | | |  | | | |
| **Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT?** | | | | | TAK  NIE  *Podstawa zwolnienia z VAT:…………..…………………….* | | | |
| **REGON** | | | | |  | | | |
| **NIP** | | | | |  | | | |
| **Status organizacyjny podmiotu** | | | | | jest przedsiębiorcą  nie jest przedsiębiorcą | | | |
| **Wnioskodawca** | | | | | jest jednostką sektora finansów publicznych  jest jednostką nie zaliczaną do sektora finansów   publicznych | | | |
| **OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU** | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | |  | | | |
| **Funkcja/stanowisko** | | | | |  | | | |
| **Tel.** | |  | | | **e-mail** |  | | |
| **REALIZACJA OBOWIĄZKU WPŁAT NA PFRON** | | | | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON?** | | | | | TAK  NIE | | | |
| **Numer identyfikacyjny PFRON[[4]](#footnote-4)** | | | | |  | | | |
| **Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON?** | | | | | TAK  NIE | | | |
| **INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT** | | | | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON** | | | | | | TAK  NIE | | |
| **Cel  (nazwa programu lub zadania ustawowego)** | | | | **Numer i data zawarcia umowy** | | **Kwota przyznana  [zł]** | **Czy umowa jest rozliczona? Tak/Nie** | |
|  | | | |  | |  |  | |
|  | | | |  | |  |  | |
| **Razem** | | | | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. INFORMACJA O OSOBIE REALIZUJĄCEJ BADANIE | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | |  | |
| **Stopień naukowy i tytuł zawodowy** | | |  | |
| **Rodzaj i miejsce zatrudnienia** | | |  | |
| **PRZEBIEG KARIERY ZAWODOWEJ** | | | | |
| **Nazwa uczelni, instytutu lub innej jednostki organizacyjnej** | | | **Daty uzyskania tytułu zawodowego i stopni naukowych** | **Stanowisko (jeżeli dotyczy)** |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
| **NAJWAŻNIEJSZE DOŚWIADCZENIA NAUKOWE ZDOBYTE W POLSCE I ZA GRANICĄ  Z OSTATNICH CZTERECH LAT** (w tym: stypendia, nagrody, udział w projektach badawczych) | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **DWIE NAJWAŻNIEJSZE PUBLIKACJE** (należy obowiązkowo dołączyć jedną w pliku pdf – nie może być to publikacja napisana we współpracy z innym autorem/autorką) | | | | |
|  | Tytuł publikacji (artykuł bądź monografia) |  | | |
| Tytuł czasopisma/antologii (w wypadku artykułu) |  | | |
| Rok wydania |  | | |
| Dziedzina |  | | |
| Temat |  | | |
|  | Tytuł publikacji (artykuł bądź monografia) |  | | |
| Tytuł czasopisma/antologii (w wypadku artykułu) |  | | |
| Rok wydania |  | | |
| Dziedzina |  | | |
| Temat |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. INFORMACJA O OSOBIE REALIZUJĄCEJ BADANIE  *(należy wypełnić w przypadku realizacji badania w zespole dwuosobowym)* | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | |  | |
| **Stopień naukowy i tytuł zawodowy** | | |  | |
| **Rodzaj i miejsce zatrudnienia** | | |  | |
| **PRZEBIEG KARIERY ZAWODOWEJ** | | | | |
| **Nazwa uczelni, instytutu lub innej jednostki organizacyjnej** | | | **Data uzyskania tytułu zawodowego i stopni naukowych** | **Stanowisko (jeżeli dotyczy)** |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
| **NAJWAŻNIEJSZE DOŚWIADCZENIA NAUKOWE ZDOBYTE W POLSCE I ZA GRANICĄ  Z OSTATNICH CZTERECH LAT** *(w tym: stypendia, nagrody, udział w projektach badawczych)* | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **DWIE NAJWAŻNIEJSZE PUBLIKACJE** *(należy obowiązkowo dołączyć jedną w pliku pdf - nie może być to publikacja napisana we współpracy z innym autorem/autorką)* | | | | |
|  | Tytuł publikacji (artykuł bądź monografia) |  | | |
| Tytuł czasopisma/antologii (w wypadku artykułu) |  | | |
| Rok wydania |  | | |
| Dziedzina |  | | |
| Temat |  | | |
|  | Tytuł publikacji (artykuł bądź monografia) |  | | |
| Tytuł czasopisma/antologii (w wypadku artykułu) |  | | |
| Rok wydania |  | | |
| Dziedzina |  | | |
| Temat |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. INFORMACJA O BADANIU | |
| **Tytuł badania** |  |
| **Uzasadnienie spełniania kryterium badań podstawowych prowadzonego badania (maks. 300 słów)** | |
|  | |
| **Cel naukowy badania: problem, jaki osoba realizująca badanie podejmuje się rozwiązać, stawiane pytania lub hipotezy badawcze (maks. 500 słów)** | |
|  | |
| **Znaczenie badania: dotychczasowy stan wiedzy, uzasadnienie podjęcia problemu badawczego, uzasadnienie nowatorskiego charakteru badań (maks. 500 słów)** | |
|  | |
| **Harmonogram (w tym kiedy planowane jest przesłanie artykułu do publikacji oraz wystąpienie konferencyjne)** | |
|  | |
| **Metodologia badania: sposób realizacji badania, narzędzia i perspektywy badawcze, metody analizy  i opracowania wyników (maks. 400 słów)** | |
|  | |
| **Bibliografia** | |
|  | |
| **Planowane miejsce publikacji artykułu oraz alternatywne - w przypadku nie przyjęcia artykułu do druku w pierwszym czasopiśmie - wraz z uzasadnieniem (maks. 300 słów)** | |
|  | |
| **Nazwa konferencji, podczas której planowane jest przedstawienie wyników badania wraz z uzasadnieniem (maks. 200 słów)** | |
|  | |

1. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY
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.
11. **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.
12. **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.
13. **Oświadczam,** że w przypadku uzyskania finansowania 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)*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. O ile dotyczy [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. O ile dotyczy [↑](#footnote-ref-4)