|  |  |
| --- | --- |
| 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 | | |
|  | Wnioskodawca | *(nazwa Wnioskodawcy lub w przypadku wniosku wspólnego - nazwy wszystkich Wnioskodawców)* |
|  | Tytuł projektu | *Do 100 znaków* |
|  | Planowany okres realizacji projektu | Od ..-..-…. Do ..-..-…. Liczba miesięcy: ………. |
|  | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON [zł] | …,..zł |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (LIDER PROJEKTU) | | | | | | | | | | | | |
| **Pełna nazwa Wnioskodawcy (*w nawiasie należy podać skrót dla 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-2)** | | | | | | |  | | | | | |
| **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:** | | | | | | | **Osoba do kontaktu w sprawie wniosku** | | | | | |
| uczelnia w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo   o szkolnictwie wyższym i nauce ( Dz. U. z 2018 r. poz. 1668)  jednostka naukowa Polskiej Akademii Nauk w rozumieniu   ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r.o Polskiej Akademii Nauk   (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1475, 1669)  instytut badawczy, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia   30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (t.j. Dz. U.   z 2018r., poz. 736, 1669)  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 | | | | | | | Imię i Nazwisko |  | | | | |
| Funkcja/stanowisko |  | | | | |
| Tel. stacjonarny |  | | | | |
| Tel.: kom |  | | | | |
| e-mail |  | | | | |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania  Wnioskodawcy (LIDERA)** | | | | | | | **Osoba upoważniona do reprezentowania  Wnioskodawcy (LIDERA)** | | | | | |
| Imię i Nazwisko | | | |  | | | Imię i Nazwisko |  | | | | |
| Funkcja/stanowisko | | | |  | | | Funkcja/stanowisko |  | | | | |
| Tel. | | | |  | | | Tel. |  | | | | |
| e-mail | | | |  | | | 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 *(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 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 736, 1669)* | | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Okres realizacji** | **Tytuł badania** | | | | **Cel badania** | | | **Źródło finansowania** | | **Dokument potwierdzający realizację badania dołączono do wniosku** | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (PARTNERZE PROJEKTU) | | | | | | | | | | | | | |
| **Pełna nazwa Wnioskodawcy (*w nawiasie należy podać skrót dla 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[[3]](#footnote-4)** | | | | | | | |  | | | | | |
| **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:** | | | | | | | | **Osoba do kontaktu w sprawie wniosku** | | | | | |
|  | | uczelnia w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce ( Dz. U. z 2018 r. poz. 1668) | | | | | | Imię i Nazwisko |  | | | | |
|  | | jednostka naukowa Polskiej Akademii Nauk w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r.o Polskiej Akademii Nauk (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1475, 1669) | | | | | | Funkcja/stanowisko |  | | | | |
|  | | instytut badawczy, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych  (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 736, 1669) | | | | | | Tel. stacjonarny |  | | | | |
|  | | 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 | | | | | | Tel.: kom |  | | | | |
| e-mail |  | | | | |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy (PARTNERA)** | | | | | | | | **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy (PARTNERA)** | | | | | |
| Imię i Nazwisko | | | | |  | | | Imię i Nazwisko |  | | | | |
| Funkcja/stanowisko | | | | |  | | | Funkcja/stanowisko |  | | | | |
| Tel. | | | | |  | | | Tel. |  | | | | |
| e-mail | | | | |  | | | 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)***[[4]](#footnote-5)** | | | | | | | | **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 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 736, 1669 )* | | | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Okres realizacji** | | **Tytuł badania** | | | | **Cel badania** | | | **Źródło finansowania** | | **Dokument potwierdzający realizację badania dołączono do wniosku** | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. INFORMACJE O PROJEKCIE | | |
|  | **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 i postrzegania niepełnosprawności,  inne badania z różnych dziedzin nauki i techniki, których tematyka dotyczy zagadnień rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. |
|  | **Zastosowanie wyników badania** | **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,  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. |
|  | **Słowa kluczowe** (*max. 5*) |  |
|  | **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 | | |
|  | **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 Wnioskodawca podejmuje się rozwiązać/badać   + Aktualny stan wiedzy w zakresie tematu badania | |
|  | **Kierunkowe pytania badawcze** (*do 2 stron A4)* | |
|  | **Opis zakładanych wyników projektu** (*do 2 stron A4)*   * + produkty (wymienić i scharakteryzować)   + zakładane rezultaty projektu (wymienić i scharakteryzować) | |
|  | **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)* | |
|  | **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)* | |
|  | **Wskazanie grup interesariuszy (osób, które odniosą korzyści w wyniku realizacji projektu i opis tych korzyści)** (*do 2 stron A4)* | |
|  | **Możliwość wykorzystania rezultatów projektu w rządowym programie Dostępność Plus:**  TAK, Uzasadanienie (do 1 strony A4):  NIE | |
|  | **Sposób upowszechniania wyników projektu** (*do 1 strony A4)*  m.in. konferencja, opublikowanie wyników na stronie PFRON oraz Wnioskodawcy, publikacje artykułów naukowych, w tym w kwartalniku „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” (PL ISSN 2084-7734) (obligatoryjnie) oraz prezentacja wyników projektu w siedzibie 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 komercjalizacji wyników projektu, a także inne praktyczne wykorzystanie wyników projektu przez potencjalnych beneficjentów.** * **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. Należy podać dane Wnioskodawcy, z ramienia którego dana osoba będzie zaangażowana w projekt.* | |
|  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | *imię i nazwisko* |  | *stanowisko w projekcie* |  | *skrót Wnioskodawcy* |   Informacje o podstawie do dysponowania osobą (umowa o pracę/ umowa- zlecenie/inne): ………………………………………………  Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie:   1. ………………………………………………………………………………………………………………….…………… 2. ………………………………………………………………………………………………………………….…………… 3. ……………………………………………………………………………………………………………………………….   Wykształcenie[[5]](#footnote-6):   |  |  | | --- | --- | | Instytucja |  | | Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  | | Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |   Kwalifikacje zawodowe: (w związku z badaniem) …………………………………………….………………………………….  Doświadczenie zawodowe[[6]](#footnote-7):   |  |  | | --- | --- | | 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 |  | |
|  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | *imię i nazwisko* |  | *stanowisko w projekcie* |  | *skrót Wnioskodawcy* |   Informacje o podstawie do dysponowania osobą (umowa o pracę/ umowa zlecenie/inne): ………………………………………………  Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie:   1. ………………………………………………………………………………………………………………….…………… 2. ………………………………………………………………………………………………………………….…………… 3. ……………………………………………………………………………………………………………………………….   Wykształcenie[[7]](#footnote-8):   |  |  | | --- | --- | | Instytucja |  | | Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  | | Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |   Kwalifikacje zawodowe: (w związku z badaniem) ………………………………………….…………………………………….  Doświadczenie zawodowe[[8]](#footnote-9):   |  |  | | --- | --- | | 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 |  | |
|  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | *imię i nazwisko* |  | *stanowisko w projekcie* |  | *skrót Wnioskodawcy* |   Informacje o podstawie do dysponowania osobą (umowa o pracę/ umowa zlecenie/inne): ………………………………………………  Proponowany akres zadań w przedmiotowym projekcie:   1. ………………………………………………………………………………………………………………….……………… 2. ………………………………………………………………………………………………………………….……………… 3. ………………………………………………………………………………………………………………………………….   Wykształcenie[[9]](#footnote-10):   |  |  | | --- | --- | | Instytucja |  | | Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  | | Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |   Kwalifikacje zawodowe: (w związku z badaniem) …………………………………………..…………………………………….  Doświadczenie zawodowe[[10]](#footnote-11):   |  |  | | --- | --- | | 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]: | |  | |
| * wkład własny [% kosztów kwalifikowalnych projektu] | |  | |
| 2.2 Wnioskowana kwota dofinansowania [w zł] | |  | |
| 1. **Koszty niekwalifikowane projektu [w zł], w tym:** | |  | |
| 3.1 [[11]](#footnote-12) *należy podać źródło finansowania* | |  | |
| 1. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU | | | |
| **L.p.** | **NAZWA ZAŁĄCZNIKA** | | **Dołączono do wniosku** |
|
|  | 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. | |  |
|  | 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. | |  |
|  | Harmonogram realizacji projektu | |  |
|  | Szczegółowy budżet projektu | |  |
|  | Pełnomocnictwo/pełnomocnictwa do reprezentowania Wnioskodawcy (jeżeli Wniosek podpisuje osoba/osoby nie wymienione w KRS/statusie jako upowanione do reprezentowania Wnioskodawcy) | |  |
|  | Zestawienie otrzymanej pomocy de minimis (o ile dotyczy) | |  |
|  | 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[[12]](#footnote-13) 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[[13]](#footnote-14) 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[[14]](#footnote-15) 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[[15]](#footnote-16), 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[[16]](#footnote-17) 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[[17]](#footnote-18), 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[[18]](#footnote-19) 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. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
2. dodać właściwą liczbę wierszy [↑](#footnote-ref-3)
3. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)
4. dodać właściwą liczbę wierszy [↑](#footnote-ref-5)
5. W przypadku większej liczby instytucji tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie instytucji. [↑](#footnote-ref-6)
6. W przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań. [↑](#footnote-ref-7)
7. W przypadku większej liczby instytucji tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie instytucji. [↑](#footnote-ref-8)
8. W przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań. [↑](#footnote-ref-9)
9. W przypadku większej liczby instytucji tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie instytucji. [↑](#footnote-ref-10)
10. W przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań. [↑](#footnote-ref-11)
11. \* Minimalny wkład własny określony jest w ogłoszeniu o konkursie.

    Należy wskazać źródła 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. [↑](#footnote-ref-12)
12. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-13)
13. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-14)
14. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-15)
15. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-16)
16. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-17)
17. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-18)
18. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-19)