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

**WNIOSEK**

o dofinansowanie badań 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 [PLN] | …,..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** | | | | | | | | | |
| szkoła wyższa  placówka Polskiej Akademii Nauk  instytut badawczy, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U.  z 2018r., poz. 736)  inny podmiot o udokumentowanym dorobku **badawczym** w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej 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 [PLN]** | | | | | **Kwota  rozliczona [PLN]** | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 1. **WYKAZ BADAŃ DOKUMENTUJĄCY DOROBEK BADAWCZY WNIOSKODAWCY W ZAKRESIE REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH *(****nie dotyczy: szkoły wyższej, placówki 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)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Okres realizacji** | | | | **Tytuł badania** | | **Cel badania** | | | **Źródło finansowania** | | | | | **Dokument potwierdzający realizację badania** | | **Dokument dołączono do wniosku** | |
|  |  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | |

\*niepotrzebne skreślić

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. A. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (PARTNER PROJEKTU)** *Należy wypełnić w przypadku składania wniosku wspólnego. Jeśli Wnioskodawca jest jeden, tabelę tę należy usunąć.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | |
| szkoła wyższa  placówka Polskiej Akademii Nauk  instytut badawczy, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2018 r., poz. 736)  inny podmiot o udokumentowanym dorobku **badawczym**  w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej 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 (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 [PLN]** | | | | | **Kwota  rozliczona [PLN]** | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| 1. **WYKAZ BADAŃ DOKUMENTUJĄCY DOROBEK BADAWCZY WNIOSKODAWCY W ZAKRESIE REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** *(nie dotyczy: szkoły wyższej, placówki 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)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L.P.** | **Okres realizacji** | | | | **Tytuł badania** | | **Cel badania** | | | **Źródło finansowania** | | | | | **Dokument potwierdzający realizację badania** | **Dokument 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,  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.  rozwoju technologii w zakresie likwidacji barier funkcjonalnych osób niepełnosprawnych,  rozwoju 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 Times New Roman 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, publikacja artykułu, w tym w kwartalniku „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” (PL ISSN 2084-7734) oraz prezentacja wyników projektu przed Zarządem PFRON | |
| 1. **SZCZEGÓŁOWY OPIS METODOLOGII BADAWCZEJ.** | | |
|  | **Opis proponowanej metodologii badawczej** z uzasadnieniem jej adekwatności do założonego celu projektu (*do 4 stron A4).* | |
|  | **Badania Społeczne:**   * **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. **MOŻLIWOŚĆ WYKORZYSTANIA REZULTATÓW PROJEKTU W PRAKTYCE** | | |
|  | *(do 2 stron A4)*   * **Opis planu wdrożenia rezultatów projektu - praktyczne wykorzystywanie wytworzonej własności intelektualnej, innowacji technicznych, 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).* | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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. W przypadku projektów partnerskich (wspólnych) należy podać dane Wnioskodawcy, z ramienia którego dana osoba będzie zaangażowana w projekt.* | |
|  | **............................................... - ……………………………………………………………………………… - ……………………………………………**  *imię i nazwisko stanowisko/zadania w projekcie skrót Wnioskodawcy*  Informacje o podstawie do dysponowania osobą ………………………………………………  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/zadania w projekcie skrót Wnioskodawcy*  Informacje o podstawie do dysponowania osobą ………………………………………………  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/zadania w projekcie skrót Wnioskodawcy*  Informacje o podstawie do dysponowania osobą ………………………………………………  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. W przypadku braku Partnera, pozycje dotyczące Partnera należy usunąć.* | | | |
| **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 PLN] (poz. 2 + poz. 3):** | | |  |
| 1. **Koszty kwalifikowalne projektu (ogółem) [w PLN] (poz. 2.1 + poz. 2.2), w tym:** | | |  |
| * ponoszone przez Wnioskodawcę-Lidera [w PLN] | | |  |
| * ponoszone przez Wnioskodawcę-Partnera [w PLN] | | |  |
| **2.1 Wkład własny\* [w PLN]:** | | |  |
| * **wkład własny [w %]** | | |  |
| **2.2 Wnioskowana kwota dofinansowania [w PLN] (poz. 2.2.1 + poz. 2.2.2), w tym:** | | |  |
| * przez Wnioskodawcę-Lidera [w PLN] | | |  |
| * przez Wnioskodawcę-Partnera [w PLN] | | |  |
| **2.2.1 Koszty merytoryczne [w PLN] (poz. a + poz. b), w tym:** | | |  |
| - Wnioskodawcy-Lidera [w PLN] | | |  |
| - Wnioskodawcy-Partnera [w PLN] | | |  |
| **a) bieżące [w PLN], w tym:** | | |  |
| - Wnioskodawcy-Lidera [w PLN] | | |  |
| - Wnioskodawcy-Partnera [w PLN] | | |  |
| **b) inwestycyjne [w PLN], w tym:** | | |  |
| - Wnioskodawcy-Lidera [w PLN] | | |  |
| - Wnioskodawcy-Partnera [w PLN] | | |  |
| **2.2.2 Koszty ogólne [w PLN], w tym:** | | |  |
| - Wnioskodawcy-Lidera [w PLN] | | |  |
| - Wnioskodawcy-Partnera [w PLN] | | |  |
| 1. **Koszty niekwalifikowane projektu [w PLN], w tym:** | | |  |
| 3.1 [[11]](#footnote-12) *należy podać źródło finansowania* | | |  |
| 1. **ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU** | | | |
| **NR** | **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 |  | |
|  | Porozumienie/umowa pomiędzy podmiotami wspólnie ubiegającymi się o realizację projektu. |  | |
|  | Zestawienie otrzymanej pomocy de minimis |  | |
|  | 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.) |  | |

1. **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY/ÓW**

***Uwaga!***

*W przypadku wniosku wspólnego (składanego przez dwa lub więcej podmiotów) oświadczenia składane są przez każdego z Wnioskodawców. Jeśli jest tylko jeden Wnioskodawca, dane dotyczące Partnera/ów należy usunąć.*

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.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |

\* jeżeli podpisują inne osoby niż osoba podpisująca cały wniosek, należy załączyć pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający umocowanie tej osoby.

1. **Oświadczenie o kwalifikowalności VAT**

(wypełniają jedynie podmioty będące płatnikami podatku VAT)

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

\*niepotrzebne skreślić

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

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

\*niepotrzebne skreślić

\*\* jeżeli podpisują inne osoby niż osoba podpisująca cały wniosek, należy załączyć pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający umocowanie tej osoby.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**

**Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest/nie jest\* 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*

**Oświadczam**, 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\*, co potwierdza stosownym zestawieniem.

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* jeżeli podpisują inne osoby niż osoba podpisująca cały wniosek, należy załączyć pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający umocowanie tej osoby.

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

**Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest/nie jest\* 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*

**Oświadczam**, 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\*, co potwierdza stosownym zestawieniem.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* jeżeli podpisują inne osoby niż osoba podpisująca cały wniosek, należy załączyć pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający umocowanie tej osoby.

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

**Oświadczam**, że projekt badawczy przedstawiony w niniejszym wniosku jest\*/nie jest\* objęty tajemnicą przedsiębiorstwa i/lub prawami autorskimi.

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

\* niepotrzebne skreślić

\*\* jeżeli podpisują inne osoby niż osoba podpisująca cały wniosek, należy załączyć pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający umocowanie tej osoby.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pieczęć firmowa wnioskodawcy (Lider)** | **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)