 Załącznik nr 1 do Szczegółowych Zasad, Moduł 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**
 |
| 1 | Wnioskodawca | *(nazwa Wnioskodawcy lub w przypadku wniosku wspólnego - nazwy wszystkich Wnioskodawców)* |
| 2 | Tytuł projektu  | *Do 100 znaków.* |
| 3 | Planowany okres realizacji projektu  | Od ..-..-…. Do ..-..-…. Liczba miesięcy: ………. |
| 4 | 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 [ ]  NIEPodstawa zwolnienia z VAT: |
| **REGON** | **NIP** |
|  |  |
| **Wnioskodawca:** |
| **[ ]  jest jednostką sektora finansów publicznych [ ]  jest przedsiębiorcą****[ ]  jest jednostką niezaliczaną do sektora finansów publicznych [ ]  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 2016 r., poz. 371)[ ]  inny podmiot o udokumentowanym dorobku **badawczym** w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych  | 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 [ ]  NIEPodstawa 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 (Dz. U. z 2016 r., poz. 371)*
 |
| **L.P.** | **Okres realizacji** | **Tytuł badania** | **Cel badania** | **Źródło finansowania** | **Dokument potwierdzający realizację badania** | **Dokument dołączono do wniosku** |
| 1 |  |  |  |  |  | [ ]  |
| 2 |  |  |  |  |  | [ ]  |
| 3 |  |  |  |  |  | [ ]  |
| 4 |  |  |  |  |  | [ ]  |

\*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 [ ]  NIEPodstawa zwolnienia z VAT: |
| **REGON** | **NIP** |
|  |  |
| **Wnioskodawca:** |
| **[ ]  jest jednostką sektora finansów publicznych [ ]  jest przedsiębiorcą****[ ]  jest jednostką niezaliczaną do sektora finansów publicznych [ ]  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 2016 r., poz. 371)[ ]  inny podmiot o udokumentowanym dorobku **badawczym** w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych  | 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 [ ]  NIEPodstawa 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 (Dz. U. z 2016 r., poz. 371)*
 |
| **L.P.** | **Okres realizacji** | **Tytuł badania** | **Cel badania** | **Źródło finansowania** | **Dokument potwierdzający realizację badania** | **Dokument dołączono do wniosku** |
| 1 |  |  |  |  |  | [ ]  |
| 2 |  |  |  |  |  | [ ]  |
| 3 |  |  |  |  |  | [ ]  |
| 4 |  |  |  |  |  | [ ]  |

|  |
| --- |
| 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. Streszczenie może być upowszechniane przez PFRON w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu.* |

|  |
| --- |
| 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**
 |
| 1. | **Cel ogólny badania** (*do ¼ strony A4)***:** |
| 2. | **Cele operacyjne/szczegółowe badania** (*do ½ strony A4)****:*** |
| 3. | **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
 |
| 4. | **Kierunkowe pytania badawcze** (*do 2 stron A4).* |
| 5. | **Opis zakładanych wyników projektu** (*do 2 stron A4)** + produkty (wymienić i scharakteryzować)
	+ zakładane rezultaty projektu (wymienić i scharakteryzować)
 |
| 6. | **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)* |
| 7. | **Zapotrzebowanie na wyniki projektu: wskazanie grupy/grup docelowych odbiorców wyników projektu wraz z uzasadnieniem (na jakiej podstawie stwierdzono takie zapotrzebowanie)** (*do 2 stron A4)* |
| 8. | **Wskazanie grup interesariuszy (osób które odniosą korzyści w wyniku realizacji projektu i opis tych korzyści)** (*do 2 stron A4)* |
| 9. | **Sposób upowszechniania wyników projektu** (*do 1 strony A4)*m.in. konferencja, opublikowanie wyników na stronie PFRON oraz Wnioskodawcy, publikacja artykułu w kwartalniku „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” (PL ISSN 2084-7734) oraz prezentacja wyników projektu przed Zarządem PFRON |
| 1. **SZCZEGÓŁOWY OPIS METODOLOGII BADAWCZEJ.**
 |
| 1. | **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. **3) MOŻLIWOŚĆ WYKORZYSTANIA REZULTATÓW PROJEKTU W PRAKTYCE**
 |
| 1. | *(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.*  |
| 1. | **............................................... - ……………………………………………………………………………… - ……………………………………………**  *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  |  |

 |
| 2. | **............................................... - ……………………………………………………………………………… - ……………………………………………** *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  |  |

 |
| 3. | **............................................... - ……………………………………………………………………………… - ……………………………………………** *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 (% kosztów kwalifikowalnych\* - poz. 2) [w PLN]:** |  |
| **2.2 Łączna 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 łączne 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 łączne 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** |
|
| 1 | Dokument określający sposób reprezentacji Wnioskodawcy (np. KRS, statut, pełnomocnictwo,wypis z rejestru uczelni niepublicznych) potwierdzający prawo wymienionych we Wniosku osób do reprezentowania Wnioskodawcy | [ ]  |
| 2 | Udokumentowanie doświadczenia badawczego | [ ]  |
| 3 | Harmonogram realizacji projektu | [ ]  |
| 4 | Szczegółowy budżet projektu | [ ]  |
| 5 | Porozumienie/umowa pomiędzy podmiotami wspólnie ubiegającymi się o realizację projektu. | [ ]  |
| 6 | Zestawienie otrzymanej pomocy de minimis | [ ]  |
| 7 | 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 został postawiony w stan upadłości lub likwidacji.

.................................................... 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 |  |

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)*.

\*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)*.

\*niepotrzebne skreślić

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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)