|  |  |
| --- | --- |
| Logo PFRON | 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)* | ………………………………………….………………… |

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (LIDER BADANIA)

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy - Lidera*(w nawiasie należy podać skrót dla Wnioskodawcy)* |  |
| Ulica |  |
| Nr posesji |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Poczta |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Nr KRS-u/numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/Nr w rejestrze uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych/nie dotyczy *(niepotrzebne skreślić)* |  |
| 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 |
| **OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| REALIZACJA OBOWIĄZKU WPŁAT NA PFRON |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON? | [ ]  TAK [ ]  NIE*Podstawa zwolnienia z wpłat na PFRON:*………………………………….. |
| Numer identyfikacyjny PFRON *(o ile dotyczy)* |  |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON? | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| 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)***[[1]](#footnote-1)** | **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*(w nawiasie należy podać skrót dla Wnioskodawcy)* |  |
| Ulica |  |
| Nr posesji |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Poczta |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Nr KRS-u/numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/Nr w rejestrze uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych/nie dotyczy *(niepotrzebne skreślić)* |  |
| 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 |
| **OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU (PARTNER)** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja/stanowisko |  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| e-mail |  |
| REALIZACJA OBOWIĄZKU WPŁAT NA PFRON |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON? | [ ]  TAK [ ]  NIE*Podstawa zwolnienia z wpłat na PFRON:*………………………... |
| Numer identyfikacyjny PFRON *(o ile dotyczy)* |  |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON? | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| 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-2)** | **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. Publikacja przesłana do PFRON może być wyłącznie w języku polskim lub angielskim)* |
|  | 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 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. dodać właściwą liczbę wierszy [↑](#footnote-ref-1)
2. dodać właściwą liczbę wierszy [↑](#footnote-ref-2)