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

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

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

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

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

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

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

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

1. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY
2. **Oświadczam**, że podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. **Oświadczam**, że wobec reprezentowanego przeze mnie podmiotu nie została wszczęta procedura zawiadomienia odpowiednich organów o możliwości popełnienia przestępstwa.
4. **Oświadczam**, że w ciągu ostatnich 3 lat reprezentowany przeze mnie podmiot nie był stroną umowy zawartej z PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
5. **Oświadczam**, że w reprezentowanym przeze mnie podmiocie, w stosunku do osób pełniących funkcje członków zarządu lub organów uprawnionych do reprezentowania tego podmiotu, nie toczą się postępowania o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe, ani nie zostały one skazane za popełnienie ww. przestępstwa.
6. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
7. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędu Skarbowego.
8. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec innych organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej, w tym wobec jednostek samorządu terytorialnego.
9. **Oświadczam,** że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec pracowników.
10. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie został postawiony w stan upadłości lub likwidacji.
11. **Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest upoważniony do przetwarzania danych osobowych osób wskazanych w punkcie IV Wniosku w zakresie wynikającym z treści tego punktu oraz do przekazania tych danych we wskazanym wyżej zakresie Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dla celów realizacji i oceny Wniosku o dofinansowanie badań dotyczących rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
12. **Oświadczam,** że badanie objęte niniejszym wnioskiem nie jest i nie było finansowane z innego źródła. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję lub osoba realizująca badanie nie ubiega/ubiega się równocześnie o finansowanie działania z innych źródeł.
13. **Oświadczam,** że w przypadku uzyskania finansowania z innego źródła niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i:
* zrezygnuję z ubiegania się o finansowanie badania w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, bądź
* zrezygnuję z przyjęcia finansowania z innego źródła.

……………………… ……………………………………….

*(data i podpis)*

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