Załącznik nr 3 do Szczegółowych zasad finansowanie badań w konkursie „Reprezentacje niepełnosprawności w kulturze i edukacji”

**Wniosek o dofinansowanie badań w konkursie   
„Reprezentacje niepełnosprawności w kulturze i edukacji”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |
| **Wnioskodawca to:** | | | | | | | |
| uczelnia w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce ( Dz. U. z 2018 r. poz. 1668, ze zm.)  jednostka naukowa Polskiej Akademii Nauk w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r.o Polskiej Akademii Nauk (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1183)  instytut badawczy, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1350)  inny podmiot o udokumentowanym dorobku badawczym w zakresie problematyki dotyczącej przynajmniej jednego z wymienionych obszarów: niepełnosprawności, edukacji, systemu edukacji, kultury, w tym także polityki kulturalnej, różnorodności społecznej i kulturowej, działający na rynku przez okres minimum 3 lat, prowadzący działalność badawczą wpisaną do KRS/ewidencji działalności gospodarczej | | | | | | | |
| **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:** | | | | |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba do kontaktu w sprawie wniosku** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Funkcja/stanowisko** |  |
| **Telefon** |  |
| **Email** |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Funkcja/stanowisko** |  |
| **Telefon** |  |
| **Email** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykaz badań dokumentujący dorobek badawczy Wnioskodawcy w zakresie problematyki dotyczącej: niepełnosprawności, edukacji, systemu edukacji, kultury, w tym także polityki kulturalnej, różnorodności społecznej i kulturowej *(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 2019 r., poz. 1350)* | | | | | |
| **L.p.** | **Okres realizacji** | **Tytuł badania** | **Cel badania** | **Źródło finansowania** | **Dokument potwierdzający realizację badania dołączono do wniosku** |
|  |  |  |  |  | TAK/NIE |
|  |  |  |  |  | TAK/NIE |
|  |  |  |  |  | TAK/NIE |
|  |  |  |  |  | TAK/NIE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (PARTNER BADANIA)   *należy wypełnić w przypadku składania wniosku wspólnego* | | | | | | | |
| **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[[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 | | | |
| **Wnioskodawca to:** | | | | | | | |
| uczelnia w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce ( Dz. U. z 2018 r. poz. 1668, ze zm.)  jednostka naukowa Polskiej Akademii Nauk w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r.o Polskiej Akademii Nauk   (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1183)  instytut badawczy, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (t.j. Dz. U. z 209 r., poz. 1350)  inny podmiot o udokumentowanym dorobku badawczym w zakresie problematyki dotyczącej przynajmniej jednego z wymienionych obszarów: niepełnosprawności, edukacji, systemu edukacji, kultury, w tym także polityki kulturalnej, różnorodności społecznej i kulturowej, działający na rynku przez okres minimum 3 lat, prowadzący działalność badawczą wpisaną do KRS/ewidencji działalności gospodarczej | | | | | | | |
| **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:** | | | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Osoba do kontaktu w sprawie wniosku** | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | |  | | | |
| **Funkcja/stanowisko** | | | |  | | | |
| **Telefon** | | | |  | | | |
| **Email** | | | |  | | | |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy** | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | |  | | | | |
| **Funkcja/stanowisko** | | |  | | | | |
| **Telefon** | | |  | | | | |
| **Email** | | |  | | | | |
| Wykaz badań dokumentujący dorobek badawczy Wnioskodawcy w zakresie problematyki dotyczącej: niepełnosprawności, edukacji, systemu edukacji, kultury, w tym także polityki kulturalnej, różnorodności społecznej i kulturowej *(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 2019 r., poz. 1350)* | | | | | | | |
| **L.p.** | **Okres realizacji** | **Tytuł badania** | | | **Cel badania** | **Źródło finansowania** | **Dokument potwierdzający realizację badania dołączono do wniosku** |
|  |  |  | | |  |  | TAK/NIE |
|  |  |  | | |  |  | TAK/NIE |
|  |  |  | | |  |  | TAK/NIE |
|  |  |  | | |  |  | TAK/NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. INFORMACJE O BADANIU | |
| **Badanie dotyczy modułu:**  *(należy podkreślić odpowiedni moduł)* | 1. Reprezentacje niepełnosprawności w filmach, serialach i programach TV dla dzieci i młodzieży 2. Reprezentacje niepełnosprawności w grach dla dzieci i młodzieży 3. Reprezentacje niepełnosprawności w podręcznikach szkolnych |
| **Tytuł badania:** |  |
| **Uzasadnienie spełniania kryterium badań podstawowych prowadzonego badania (maks. 200 słów)** | |
|  | |
| **Materiały (w zależności od modułu: 1. Filmy, seriale, programy TV, 2. Gry, 3. Podręczniki szkolne), które zostaną poddane analizie wraz z uzasadnieniem** | |
|  | |
| **Dotychczasowy stan wiedzy na temat poruszony w badaniu (w zależności od wybranego modułu: 1. Reprezentacje niepełnosprawności w filmach, serialach i programach TV dla dzieci i młodzieży, 2. Reprezentacje niepełnosprawności w grach dla dzieci i młodzieży, 3. Reprezentacje niepełnosprawności w podręcznikach szkolnych)** | |
|  | |
| **Metodologia (sposób realizacji badania, narzędzia, metody analizy  i opracowania wyników)** | |
|  | |
| **Działania mające na celu upowszechnienie wyników badania** | |
|  | |
| **Bibliografia** | |
|  | |
| **Plan badania**  **(proszę podzielić badanie na etapy z podziałem na miesiące oraz zaplanować działania upowszechniające wyniki badania)** | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ZESPÓŁ PLANOWANY DO REALIZACJI PROJEKTU   *Należy przedstawić doświadczenie i osiągnięcia, przebieg kariery naukowej z okresu 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku w obszarze, którego wniosek dotyczy, planowane stanowisko/zadania w projekcie* | | |
| 1. Imię i nazwisko: |  | |
| Stanowisko w projekcie: |  | |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą  *(należy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)* | umowa o pracę  umowa - zlecenie  inne, jakie? ………………………………………………………………. | |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: |  | |
| **Wykształcenie:** | | |
| **Instytucja** | |  |
| **Data:** od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) | |  |
| **Uzyskane stopnie lub dyplomy:** | |  |
| **Kwalifikacje zawodowe:** *(w związku z badaniem)* | | |
|  | | |
| **Doświadczenie zawodowe[[5]](#footnote-5):** | | |
| **Data:** od (m-c/rok) do (m-c/rok) | |  |
| **Tytuł i charakter projektu/działania[[6]](#footnote-6)** | |  |
| **Źródło finansowania projektu/podmiot realizujący projekt** | |  |
| **Stanowisko w ww. projekcie** | |  |
| **Zdobyte doświadczenie** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko: |  | |
| Stanowisko w projekcie: |  | |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą  *(należy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)* | umowa o pracę  umowa - zlecenie  inne, jakie? ………………………………………………………………. | |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: |  | |
| **Wykształcenie:** | | |
| **Instytucja** | |  |
| **Data:** od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) | |  |
| **Uzyskane stopnie lub dyplomy:** | |  |
| **Kwalifikacje zawodowe:** *(w związku z badaniem)* | | |
|  | | |
| **Doświadczenie zawodowe[[7]](#footnote-7):** | | |
| **Data:** od (m-c/rok) do (m-c/rok) | |  |
| **Tytuł i charakter projektu/działania[[8]](#footnote-8)** | |  |
| **Źródło finansowania projektu/podmiot realizujący projekt** | |  |
| **Stanowisko w ww. projekcie** | |  |
| **Zdobyte doświadczenie** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko: |  | |
| Stanowisko w projekcie: |  | |
| Informacje o podstawie do dysponowania osobą  *(należy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)* | umowa o pracę  umowa - zlecenie  inne, jakie? ………………………………………………………………. | |
| Proponowany zakres zadań osoby w przedmiotowym projekcie: |  | |
| **Wykształcenie:** | | |
| **Instytucja** | |  |
| **Data:** od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) | |  |
| **Uzyskane stopnie lub dyplomy:** | |  |
| **Kwalifikacje zawodowe:** *(w związku z badaniem)* | | |
|  | | |
| **Doświadczenie zawodowe[[9]](#footnote-9):** | | |
| **Data:** od (m-c/rok) do (m-c/rok) | |  |
| **Tytuł i charakter projektu/działania[[10]](#footnote-10)** | |  |
| **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. 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 na badanie identyczne z badaniem objętym wnioskiem 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)
5. W przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań. [↑](#footnote-ref-5)
6. Nie musiał być to koniecznie projekt; mogło być to np. realizacja badania; stworzenie artykułu naukowego, pracy naukowej, raportu, analizy. [↑](#footnote-ref-6)
7. W przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań. [↑](#footnote-ref-7)
8. Nie musiał być to koniecznie projekt; mogło być to np. realizacja badania; stworzenie artykułu naukowego, pracy naukowej, raportu, analizy. [↑](#footnote-ref-8)
9. W przypadku większej liczby badań, tabelę należy skopiować do liczby odpowiadającej liczbie badań. [↑](#footnote-ref-9)
10. Nie musiał być to koniecznie projekt; mogło być to np. realizacja badania; stworzenie artykułu naukowego, pracy naukowej, raportu, analizy. [↑](#footnote-ref-10)