WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O REALIZACJĘ BONU SENIORALNEGO

Instrukcja: właściwe pola należy zaznaczyć znakiem X. Wniosek składa Senior zwany również Wnioskodawcą albo jego przedstawiciel ustawowy lub pełnomocnik. Do wniosku należy dołączyć dokumenty niezbędne do potwierdzenia spełnienia warunków ustawowych, w tym dokumenty pozwalające ustalić średni miesięczny dochód Seniora w ostatnich 3 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku.

1. Dane Seniora

Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
W przypadku braku numeru PESEL: seria i numer dokumentu tożsamości	
Data urodzenia	
Obywatelstwo / status uprawniający	☐ polskie ☐ UE / EOG / Konfederacja Szwajcarska ☐ Zjednoczone Królestwo – status określony w art. 26 ust. 1 pkt 2 ustawy
Adres miejsca zamieszkania, w którym mają być realizowane usługi	
Adres do korespondencji, jeżeli jest inny	
Telefon	
Adres e-mail, jeżeli senior posiada	

2. Dane przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika, jeżeli dotyczy

Imię i nazwisko	
Adres do korespondencji	
Telefon / adres e-mail	
Podstawa działania	☐ przedstawiciel ustawowy ☐ pełnomocnik
Dokument potwierdzający	☐ w załączeniu

3. Warunki podstawowe

☐ Ukończyłem 65. rok życia.

☐ Posiadam miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

☐ Posiadam niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

☐ Ze względu na stan zdrowia lub wiek nie jestem w stanie samodzielnie wykonywać podstawowych czynności życia codziennego w zakresie niezbędnym do samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania.

4. Niezaspokojone podstawowe potrzeby życia codziennego

(Proszę zaznaczyć czynności, których Pani/Pan nie może wykonywać samodzielnie albo wykonuje je z istotną trudnością i nie ma zapewnionej wystarczającej pomocy).

A. Pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak ubieranie się, przygotowywanie posiłków, poruszanie się lub utrzymywanie porządku:

☐ ubieranie się i zmiana odzieży,

☐ przygotowanie posiłków,

☐ poruszanie się i zmiana pozycji ciała,

☐ utrzymywanie porządku w niezbędnym zakresie,

☐ dokonywanie niezbędnych zakupów,

☐ inne ……

☐ nie potrzebuję wsparcia w tym obszarze.

B. Opieka higieniczno-pielęgnacyjna:

☐ pomoc w codziennej higienie osobistej,

☐ pomoc w kąpieli,

☐ pomoc w korzystaniu z toalety lub naczyń sanitarnych,

☐ pomoc w zmianie środków higienicznych,

☐ pomoc w zmianie pozycji ciała i pielęgnacji,

☐ inne ……

☐ nie potrzebuję wsparcia w tym obszarze.

C. Wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych

☐ pomoc w umawianiu wizyt, badań lekarskich,

☐ towarzyszenie do podmiotu leczniczego i podczas wizyt lekarskich,

☐ pomoc organizacyjna w zrealizowaniu recept oraz zaleceń lekarskich, przypominanie o przyjmowaniu leków

☐ inne ……

☐ nie potrzebuję wsparcia w tym obszarze.

D. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem, w tym aktywizację intelektualną lub ruchową:

☐ towarzyszenie podczas spacerów,

☐ prowadzenie rozmów i podtrzymywanie kontaktów społecznych,

☐ aktywizacja intelektualna – czytanie prasy, książek itp.,

☐ aktywizacja ruchowa dostosowana do możliwości seniora,

☐ pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,

☐ inne ……

☐ nie potrzebuję wsparcia w tym obszarze

Opis najważniejszych trudności i oczekiwanego wsparcia:

Proszę opisać, jakie czynności wykonuje Pan/Pani samodzielnie, przy jakich potrzebuje Pan/Pani częściowej pomocy a których nie jest Pan/Pani w stanie wykonać bez pomocy innej osoby:

5. Częstotliwość potrzeby wsparcia:

Potrzebuję pomocy; ☐ codziennie, ☐ kilka razy w tygodniu, ☐ kilka razy w miesiącu,

Preferowane pory dnia; ☐ rano ☐ południe ☐ popołudnie ☐ wieczorem

Ważne! *Podane preferencje nie przesądzają o zakresie, wymiarze ani terminach świadczenia usług. Zostaną one ustalone po kwalifikacji, odpowiednio do poziomu niezaspokojonych potrzeb oraz dostępnych środków i usług.*

6. Informacja o korzystaniu ze wsparcia bliskich i dotychczasowej pomocy

☐ Nie korzystam ze wsparcia żadnej innej osoby,

☐ Tak korzystam, ale udzielane wsparcie nie zaspokaja wszystkich podstawowych potrzeb.

Jeżeli zaznaczono „tak", proszę wskazać osobę, zakres i częstotliwość faktycznie udzielanego wsparcia:

7. Dochód Wnioskodawcy

Podstawą oceny spełnienia kryterium dochodowego jest średni miesięczny dochód seniora, ustalony zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach rodzinnych, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku **(obecne kryterium ustawowe: 3 410 zł)**

Wykazuje się wyłącznie dochód Wnioskodawcy.

Miesiąc i rok	Kwota dochodu (zł)	Rodzaj/źródło dochodu (np. emerytura, renta oraz inne)

Średni miesięczny dochód seniora z 3 miesięcy …….

8. Informacje o świadczeniach, usługach i formach opieki mogących wykluczać Bon Senioralny

Proszę zaznaczyć odpowiedź zgodną ze stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku.

Okoliczność	Nie	Tak
Czy na Panią/Pana jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna	☐	☐
Czy na Pani/Pan korzysta ze świadczenia wspierającego.	☐	☐
Czy na Pani/Pan korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodku wsparcia.	☐	☐
Czy na Pani/Pan korzysta z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programu rządowego lub resortowego.	☐	☐
Czy na Pani/Pan korzysta z całodobowej opieki w domu pomocy społecznej.	☐	☐
Czy na Pani/Pan korzysta z całodobowej opieki stacjonarnej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.	☐	☐
Czy na Pani/Pan korzysta z całodobowej opieki świadczonej na podstawie art. 67–69 ustawy o pomocy społecznej.	☐	☐
Czy na Pani/Pan korzysta z całodobowej opieki świadczonej przez inny podmiot.	☐	☐
Czy na Pani/Pan korzysta z instytucjonalnej opieki dziennej.	☐	☐

Jeżeli zaznaczono „tak" przy którejkolwiek usłudze lub formie opieki od pozycji „świadczenie wspierające" do „instytucjonalna opieka dzienna", proszę wskazać, czy korzystanie ma charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni:

☐ nie ☐ tak ☐ nie dotyczy

Opis okoliczności, terminu i rodzaju usługi lub opieki:

9. Załączniki

☐ dokumenty pozwalające ustalić średni miesięczny dochód Wnioskodawcy w ostatnich 3 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku

☐ dokument potwierdzający umocowanie przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika, jeżeli dotyczy

☐ inne dokumenty niezbędne do potwierdzenia warunków ustawowych:

10. Oświadczenia i pouczenia

☐ Wnoszę o zakwalifikowanie mnie do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego.

☐ Dane i informacje podane we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

☐ Zobowiązuję się przedstawić dokumenty i udzielić informacji niezbędnych do przeprowadzenia kwalifikacji.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli będzie tego wymagało ustalenie stanu faktycznego, może zostać przeprowadzone rozmowa z Wnioskodawcą i osobami z nim zamieszkującymi oraz wizyta w miejscu zamieszkania.

☐ Zobowiązuję się niezwłocznie informować o zmianie okoliczności mających wpływ na spełnianie warunków zawarcia i realizacji umowy, w szczególności o zmianie miejsca zamieszkania, uzyskaniu świadczenia albo rozpoczęciu korzystania z usług lub opieki wskazanych w części 8.

☐ Potwierdzam otrzymanie klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z rozpatrzeniem wniosku i realizacją Programu.

Ważne! *Złożenie wniosku i pozytywna kwalifikacja nie są równoznaczne z zawarciem umowy ani rozpoczęciem świadczenia usług. Zawarcie umowy zależy od wysokości środków przyznanych Gminie Radziechowy-Wieprz oraz dostępnego wymiaru usług wsparcia. W pierwszej kolejności umowy zawiera się z seniorami o najwyższym poziomie niezaspokojonych podstawowych potrzeb życia codziennego, a przy jednakowym poziomie potrzeb pierwszeństwo przysługuje seniorowi starszemu.*

Miejscowość i data	**Czytelny podpis seniora / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika**
.....	.....

11. Adnotacje jednostki przyjmującej wniosek

Data wpływu	
Numer sprawy	
Wniosek złożony przez	□ seniora ☐ przedstawiciela ustawowego ☐ pełnomocnika
Załączniki	□ kompletne ☐ wezwanie do uzupełnienia z dnia .....
Osoba przyjmująca / prowadząca	
Uwagi	

Podstawa prawna: art. 24–29 ustawy z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej (Dz. U. z 2026 r. poz. 986) oraz § 2–3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 września 2026 r. w sprawie Programu Bonu Senioralnego na lata 2026–2028 (Dz. U. z 2026 r. poz. 1277).