

WNIOSEK

O ZAWARCIE UMOWY O REALIZACJĘ BONU SENIORALNEGO

/na podstawie art. 26–29 ustawy z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej oraz § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 września 2026 r. w sprawie Programu Bonu Senioralnego na lata 2026–2028/

Organ prowadzący postępowanie w sprawie rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy o realizację bonu senioralnego:

.....Wójt Gminy Dźwierzuty.....

I. Dane seniora

1. Imię (imiona):

.....

2. Nazwisko:

.....

3. Data urodzenia:

.....

4. Numer PESEL:

.....

5. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

II. ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA SENIORA

1. Gmina:..... 2. Kod pocztowy:.....

3. Miejscowość:..... 4. Ulica:.....

5. Numer domu:..... 6. Numer mieszkania:.....

7. Numer telefonu:.....

Adres, pod którym mają być świadczone usługi wsparcia:

☐ taki sam jak adres miejsca zamieszkania

☐ inny: 12-120 Dźwierzuty

III. INFORMACJE O DOCHODZIE SENIORA

Średni miesięczny dochód seniora w trzech miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia niniejszego wniosku:

1) Miesiąc 1: – dochód: zł

2) Miesiąc 2: – dochód: zł

3) Miesiąc 3: – dochód: zł

Łączny dochód z 3 miesięcy: zł

Średni miesięczny dochód: zł

Źródła dochodu:

- ☐ emerytura
 - ☐ renta
 - ☐ świadczenie przedemerytalne
 - ☐ wynagrodzenie ze stosunku pracy
 - ☐ umowa cywilnoprawna
 - ☐ działalność gospodarcza
 - ☐ gospodarstwo rolne
 - ☐ inne – jakie?
-

IV. INFORMACJE O NIEZASPOKOJONYCH POTRZEBACH ŻYCIA

CODZIENNEGO /Proszę zaznaczyć czynności, których senior nie jest w stanie samodzielnie wykonywać albo przy których wymaga pomocy/.

A. Wykonywanie codziennych czynności

- ☐ ubieranie i rozbieranie się
- ☐ przygotowywanie posiłków
- ☐ spożywanie posiłków
- ☐ poruszanie się po mieszkaniu
- ☐ poruszanie się poza miejscem zamieszkania
- ☐ robienie zakupów
- ☐ przygotowywanie posiłków
- ☐ utrzymywanie porządku w miejscu zamieszkania
- ☐ pranie i prasowanie
- ☐ korzystanie z urządzeń gospodarstwa domowego
- ☐ inne:.....

B. Opieka higieniczno-pielęgnacyjna:

- ☐ mycie / kąpiel
 - ☐ korzystanie z toalety
 - ☐ pielęgnacja ciała
 - ☐ ubieranie się
 - ☐ zmiana bielizny/ pieluchomajtek
 - ☐ przyjmowanie leków / przypominanie o przyjęciu leków
 - ☐ inne czynności higieniczno-pielęgnacyjne:
-
-

C. Wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych

- ☐ umawianie wizyt
- ☐ dotarcie do placówki medycznej
- ☐ towarzyszenie podczas wizyt
- ☐ realizacja recept
- ☐ odbiór dokumentacji medycznej
- ☐ pomoc w organizacji korzystania ze świadczeń zdrowotnych
- ☐ inne:

D. Kontakty z otoczeniem i aktywizacja

- ☐ utrzymywanie kontaktów z rodziną
- ☐ utrzymywanie kontaktów społecznych
- ☐ pomoc w kontaktach z instytucjami
- ☐ aktywizacja intelektualna
- ☐ aktywizacja ruchowa
- ☐ przeciwdziałanie izolacji społecznej
- ☐ inne:

V. SZCZEGÓŁOWY OPIS POTRZEB SENIORA /Proszę opisać, z jakiego powodu senior nie może samodzielnie wykonywać wskazanych wyżej czynności oraz jakiego rodzaju pomocy potrzebuje/.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. STAN ZDROWIA I SAMODZIELNOŚĆ SENIORA – INFORMACJE NIEZBĘDNE DO USTALENIA POTRZEB

1. Czy stan zdrowia ogranicza możliwość samodzielnego wykonywania codziennych czynności?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Jeżeli TAK, proszę wskazać, w jakim zakresie:

.....

.....

2. Czy występują ograniczenia w poruszaniu się?

☐ NIE

☐ TAK – niewielkie

☐ TAK – umiarkowane

☐ TAK – znaczne

Opis:

.....
.....

3. Czy senior korzysta ze sprzętu pomocniczego lub rehabilitacyjnego?

☐ NIE

☐ TAK, jakiego:

4. Czy senior wymaga pomocy drugiej osoby przy podstawowych czynnościach życia codziennego?

☐ NIE

☐ TAK, przy niektórych czynnościach

☐ TAK, przy większości czynności

☐ TAK, przy wszystkich lub prawie wszystkich czynnościach

Opis wymaganej pomocy:

.....
.....
.....

VII. OPIEKUN FAKTYCZNY / OSOBY WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCE

1. Czy senior posiada opiekuna faktycznego, który może zapewnić mu pomoc umożliwiającą zaspokojenie podstawowych potrzeb życia codziennego?

☐ NIE

☐ TAK – w pełnym zakresie

☐ TAK – w częściowym zakresie

2. Jeżeli TAK, proszę podać dane tej osoby:

1. Imię..... 2. Nazwisko:

3. Stopień pokrewieństwa / relacja z seniorem:

4. Adres zamieszkania:

5. Telefon:

6. Zakres udzielanej pomocy:

.....
.....

Częstotliwość udzielanej pomocy:

☐ codziennie

☐ kilka razy w tygodniu

☐ raz w tygodniu

☐ rzadziej

Inna informacja dotycząca możliwości sprawowania opieki:

.....

VIII. INFORMACJE O KORZYSTANIU Z INNYCH FORM OPIEKI LUB WSPARCIA

/Proszę zaznaczyć, czy obecnie senior korzysta z niżej wymienionych świadczeń lub usług/.

1. Czy na seniora ustalone jest prawo do:

1) specjalnego zasiłku opiekuńczego?

☐ NIE

☐ TAK

2) świadczenia pielęgnacyjnego?

☐ NIE

☐ TAK

3) zasiłku dla opiekuna?

☐ NIE

☐ TAK

2. Czy senior korzysta ze:

1) świadczenia wspierającego?

☐ NIE

☐ TAK

2) specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodku wsparcia?

☐ NIE

☐ TAK

3) usług opiekuńczych dofinansowanych z programów rządowych lub resortowych?

☐ NIE

☐ TAK

4) asystencji osobistej dofinansowanej z programów rządowych lub resortowych?

☐ NIE

☐ TAK

5) całodobowej opieki w domu pomocy społecznej?

☐ NIE

☐ TAK

6) całodobowej opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym?

☐ NIE

☐ TAK

7) całodobowej opieki w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym?

☐ NIE

☐ TAK

8) całodobowej opieki świadczonej osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku na podstawie art. 67–69 ustawy o pomocy społecznej?

☐ NIE

☐ TAK

9) całodobowej opieki świadczonej przez inny podmiot?

☐ NIE

☐ TAK

Jeżeli TAK, proszę podać jaki podmiot i jaki rodzaj opieki:

.....

.....

10) instytucjonalnej opieki dziennej?

☐ NIE

☐ TAK

3. Jeżeli senior korzysta z którejkolwiek z powyższych form wsparcia, proszę wskazać:

1) Rodzaj wsparcia:

.....

2) Podmiot świadczący wsparcie:

.....

3) Okres korzystania:

.....

4) Częstotliwość:

.....

5) Liczba dni / godzin w okresie korzystania:

.....

Czy korzystanie z tej formy wsparcia ma charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni?

☐ TAK

☐ NIE

IX. WNIOSKOWANY ZAKRES WSPARCIA

W związku z niezaspokojonymi potrzebami proszę o objęcie mnie usługami wsparcia w następującym zakresie:

☐ pomoc w wykonywaniu codziennych czynności

☐ pomoc w przygotowywaniu posiłków

☐ pomoc w poruszaniu się

☐ pomoc w utrzymywaniu porządku

☐ opieka higieniczno-pielęgnacyjna

☐ wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych

☐ zapewnienie kontaktów z otoczeniem

☐ aktywizacja intelektualna

☐ aktywizacja ruchowa

☐ inne czynności wynikające z niezaspokojonych potrzeb:

.....

.....

.....

X. PROPONOWANY WYMIAR I CZĘSTOTLIWOŚĆ WSPARCIA

Preferowany wymiar pomocy¹:

1) Liczba godzin tygodniowo:

.....

2) Liczba godzin miesięcznie:

.....

¹ Ostateczny zakres, wymiar godzinowy i częstotliwość usług wsparcia zostaną ustalone przez gminę odpowiednio do poziomu niezaspokojonych potrzeb seniora oraz dostępnych środków i usług.

3) Preferowane dni:

☐ poniedziałek

☐ wtorek

☐ środa

☐ czwartek

☐ piątek

☐ sobota

☐ niedziela

☐ każdy dzień

4) Preferowane godziny:

od do

5) Uwagi dotyczące organizacji usług:

.....
.....

XI. INFORMACJE O INNYCH OKOLICZNOŚCIACH ISTOTNYCH DLA SPRAWY

Czy istnieją inne okoliczności dotyczące sytuacji życiowej, zdrowotnej, rodzinnej lub mieszkaniowej seniora, które mogą mieć znaczenie dla oceny potrzeby udzielenia wsparcia?

☐ NIE ☐ TAK

Jeżeli TAK, proszę opisać:

.....
.....
.....

XII. OŚWIADCZENIA SENIORA

Oświadczam, że:

1. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
2. Mam ukończone 65 lat;
3. Mam miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
4. Spełniam warunek obywatelstwa wymagane przepisami dotyczącymi bonu senioralnego;
5. Mój średni miesięczny dochód w trzech miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku nie przekracza obowiązującego kryterium dochodowego;
6. Występują u mnie niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego wynikające ze stanu zdrowia lub wieku;
7. Nie posiadam opiekuna faktycznego mogącego zapewnić mi wsparcie umożliwiające zaspokojenie tych potrzeb albo zakres pomocy udzielanej przez takiego opiekuna jest niewystarczający;
8. Nie zachodzą wobec mnie przesłanki wyłączające możliwość przyznania bonu senioralnego, z zastrzeżeniem informacji podanych w części x wniosku;
9. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować gminę o każdej zmianie okoliczności mających wpływ na prawo do bonu senioralnego, w szczególności o zmianie miejsca zamieszkania, zmianie sytuacji dochodowej, zmianie stanu zdrowia, rozpoczęciu korzystania z form opieki lub wsparcia mogących mieć wpływ na prawo do bonu oraz o innych okolicznościach wpływających na realizację bonu;

10. Przyjmuję do wiadomości, że gmina będzie każdorazowo weryfikować informacje przedstawione we wniosku, prowadząc czynności pozwalające na ustalenie stanu faktycznego, w tym przeprowadzić wizytę w miejscu zamieszkania seniora.

XIII. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Do wniosku załączam:

- ☐ 1. dokumenty potwierdzające dochód seniora z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku;
- ☐ 2. dokument potwierdzający tożsamość – jeżeli jest wymagany;
- ☐ 3. dokument potwierdzający obywatelstwo – jeżeli jest wymagany;
- ☐ 4. dokumenty potwierdzające występowanie okoliczności uzasadniających potrzebę wsparcia – jeżeli są dostępne i niezbędne;
- ☐ 5. dokumenty dotyczące korzystania z innych form opieki lub wsparcia – jeżeli dotyczy;
- ☐ 6. dokument potwierdzający umocowanie przedstawiciela ustawowego – jeżeli dotyczy;
- ☐ 7. pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy;
- ☐ 8. inne dokumenty:

.....

.....

.....

XIV. PODPIS WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią wniosku oraz pouczeniem i potwierdzam prawdziwość podanych informacji.

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość) (data)

.....
(czytelny podpis)