WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O REALIZACJĘ BONU SENIORALNEGO

Program Bonu Senioralnego na lata 2026–2028

Instrukcja: właściwe pola należy zaznaczyć znakiem X. Wniosek składa senior 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. Przedstawiciel ustawowy albo pełnomocnik, jeżeli dotyczy

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

3. Warunki podstawowe

☐ Senior ukończył 65. rok życia.

☐ Senior ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i będzie je posiadać w okresie korzystania z bonu senioralnego.

☐ Senior ma niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

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

Czy senior korzysta ze wsparcia opiekuna faktycznego lub innej osoby?

☐ nie

☐ tak, ale udzielane wsparcie nie zaspokaja wszystkich podstawowych potrzeb seniora

☐ tak, udzielane wsparcie zaspokaja podstawowe potrzeby seniora

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

.....

.....

4. Niezaspokojone podstawowe potrzeby życia codziennego

Proszę zaznaczyć czynności, których senior nie może wykonywać samodzielnie albo wykonuje je z istotną trudnością i nie ma zapewnionej wystarczającej pomocy.

A. Pomoc w wykonywaniu codziennych czynności

☐ ubieranie się i zmiana odzieży

☐ przygotowywanie posiłków

☐ spożywanie 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 toalecie osobistej
☐ pomoc w kąpieli
☐ pomoc w korzystaniu z toalety lub naczyń sanitarnych
☐ zmiana środków higienicznych
☐ inne: .....
☐ nie potrzebuję wsparcia w tym obszarze

C. Wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych

☐ pomoc w umawianiu wizyt lub badań
☐ towarzyszenie w drodze do podmiotu leczniczego lub apteki
☐ pomoc organizacyjna w realizacji zaleceń dotyczących korzystania ze świadczeń zdrowotnych, niewymagająca wykonywania świadczeń zdrowotnych ani czynności zastrzeżonych dla osób wykonujących zawód medyczny
☐ inne: .....
☐ nie potrzebuję wsparcia w tym obszarze

D. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem

☐ towarzyszenie podczas spacerów
☐ prowadzenie rozmów i podtrzymywanie kontaktów społecznych
☐ aktywizacja intelektualna
☐ aktywizacja ruchowa dostosowana do możliwości seniora
☐ inne: .....
☐ nie potrzebuję wsparcia w tym obszarze

Opis najważniejszych trudności i oczekiwanego wsparcia:

.....

.....

.....

KWESTIONARIUSZ OCENY SAMODZIELNOŚCI (SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ) SENIORA

Instrukcja dla osoby wypełniającej: W każdym z poniższych 6 obszarów należy wybrać i zaznaczyć znakiem „X” tylko jedną odpowiedź, która najlepiej opisuje faktyczny stan zdrowia i samodzielności seniora

1. PORUSZANIE SIĘ I MOBILNOŚĆ

☐ Senior porusza się w pełni samodzielnie, bez użycia sprzętu pomocniczego, samodzielnie wychodzi z domu.

☐ Senior potrzebuje pomocy drugiej osoby lub sprzętu (laska, balkonik, wózek) przy pokonywaniu barier (np. schody), ale przemieszcza się po mieszkaniu.

☐ Senior jest osobą stale leżącą lub wymagającą pełnego przenoszenia/asekuracji przy jakiejkolwiek próbie zmiany pozycji.

2. UTRZYMANIE HIGIENY OSOBISTEJ I KORZYSTANIE Z TOALETY

☐ Samodzielnie wykonuje wszystkie czynności higieniczne (kąpiel, czesanie, mycie zębów) oraz samodzielnie korzysta z toalety.

☐ Wymaga częściowej pomocy (np. przy wchodzeniu do wanny, myciu pleców, przygotowaniu wody) lub potrzebuje sporadycznej asekuracji.

☐ W pełni zależny od pomocy osób trzecich, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych lub wymaga pełnej obsługi przy czynnościach sanitarnych.

3. UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE

☐ Samodzielnie wybiera garderobę, zakłada i zdejmuje ubrania oraz obuwie, zapina guziki i wiąże sznurowadła.

☐ Wymaga pomocy przy trudniejszych czynnościach (np. zakładanie butów, zapinanie zamków), ale prostą odzież zakłada sam.

☐ W pełni zależny od pomocy drugiej osoby, nie jest w stanie samodzielnie się ubrać.

4. PRZYGOTOWYWANIE I SPOŻYWANIE POSIŁKÓW

☐ Samodzielnie przygotowuje podstawowe posiłki, potrafi

bezpiecznie korzystać z kuchenki i bez problemu je (gryzie, połyka, używa sztućców).

☐ Potrafi samodzielnie zjeść posiłek podany przez kogoś innego, ale nie jest w stanie samodzielnie go ugotować ani przygotować składników.

☐ Wymaga pełnego karmienia przez drugą osobę lub przygotowania posiłków miksowanych/płynnych ze względu na dysfagię.

5. PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO I ZAKUPY

☐ Samodzielnie robi zakupy, dba o czystość w mieszkaniu (sprzątanie, zmywanie), samodzielnie zarządza domowym budżetem i opłatami.

☐ Wykonuje lekkie prace domowe (np. starcie kurzu), ale wymaga pomocy przy cięższych pracach, przynoszeniu zakupów czy załatwianiu spraw w urzędach.

☐ Całkowicie niezdolny do prowadzenia gospodarstwa domowego, nie opuszcza mieszkania w celu zrobienia zakupów.

6. ZDROWIE, LEKI I ORIENTACJA W OTOCZENIU

☐ W pełni zorientowany co do czasu, miejsca i osób. Samodzielnie i terminowo przyjmuje zalecone leki, kontroluje wizyty lekarskie.

☐ Miewa przejściowe problemy z pamięcią lub orientacją; wymaga przygotowania dawek leków przez kogoś innego (np. w kasetce), ale pamięta o ich połknięciu.

☐ Zaawansowane zaburzenia poznawcze (np. demencja, Alzheimer), brak orientacji, wymaga stałego nadzoru nad przyjmowaniem leków i bezpieczeństwem.

PODSUMOWANIE PUNKTACJI (wypełnia pracownik weryfikujący wniosek):

Obszar oceny samodzielności	Przyznane punkty (0 / 5 / 10)
1. Poruszanie się i mobilność	. ..... pkt
2. Utrzymanie higieny i toaleta	. ..... pkt

3. Ubieranie się i rozbieranie	. ..... pkt
4. Przygotowywanie i spożywanie posiłków	. ..... pkt
5. Prowadzenie gospodarstwa domowego	. ..... pkt
6. Zdrowie, leki i orientacja	. ..... pkt
ŁĄCZNY WYNIK SPRAWNOŚCI:	**..... / pkt**

.....

(Podpis pracownika)

5. Informacje dotyczące organizacji i bezpiecznej realizacji usług

Orientacyjnie preferowane dni tygodnia	☐ pon. ☐ wt. ☐ śr. ☐ czw. ☐ pt. ☐ sob. ☐ niedz.
Orientacyjnie preferowane pory dnia	☐ rano ☐ południe ☐ popołudnie ☐ wieczór
Informacje ważne dla organizacji i bezpiecznego świadczenia usług	

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. Dochód seniora

Podstawą oceny spełnienia kryterium dochodowego jest średni miesięczny dochód seniora, ustalony zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach rodzinnych, w ostatnich 3 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku.

Wykazuje się wyłącznie dochód seniora. Dochodu małżonka ani innych osób wspólnie zamieszkujących nie dolicza się do dochodu seniora. Jeżeli o bon ubiegają się oboje małżonkowie, każde z nich składa odrębny wniosek.

Miesiąc i rok	Rodzaj / źródło dochodu	Kwota dochodu (zł)	Dokument potwierdzający
Średni miesięczny dochód z 3 miesięcy			

Kryterium dochodowe podlega corocznej waloryzacji. W formularzu nie wpisuje się na stałe jego kwoty. Spełnienie kryterium ustala jednostka prowadząca sprawę według kwoty obowiązującej w dniu złożenia wniosku.

7. Informacje o świadczeniach, usługach i formach opieki mogących wykluczać bon

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

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

.....

.....

Wyjątek dotyczący korzystania doraźnego i trwającego jednorazowo nie dłużej niż 14 dni nie dotyczy przypadku, gdy na seniora jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna.

8. Załączniki

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

☐ dokument potwierdzający umocowanie przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika, jeżeli dotyczy

☐ dokument potwierdzający obywatelstwo lub status uprawniający, jeżeli jest niezbędny do potwierdzenia spełniania warunków ustawowych

☐ inne dokumenty niezbędne do potwierdzenia warunków ustawowych:

.....

Zaświadczenie lekarskie nie jest obowiązkowym załącznikiem do każdego wniosku. Dodatkowe dokumenty są wymagane tylko wtedy, gdy są niezbędne do potwierdzenia warunków w konkretnej sprawie.

9. 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, mogą zostać przeprowadzone rozmowa z seniorem i osobami z nim zamieszkującymi oraz wizyta w miejscu zamieszkania seniora.

☐ 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 7.

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

Złożenie wniosku i pozytywna kwalifikacja nie są równoznaczne z zawarciem umowy ani rozpoczęciem świadczenia usług. Zawarcie umowy zależy od wysokości środków przyznanych Gminie Przelewice 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
.....	.....

10. 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).

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych stanowi odrębny załącznik do formularza.