WNIOSEK
o zawarcie umowy o realizację Bonu Senioralnego
w ramach Programu Bonu Senioralnego na lata 2026-2028

DANE IDENTYFIKACYJNE I KONTAKTOWE SENIORA:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku PESEL): .....

Adres miejsca zamieszkania (miejsce realizacji usług):

.....

Numer telefonu: ..... Adres e-mail – jeśli posiada: .....

DANE REPREZENTANTA / PEŁNOMOCNIKA (jeśli dotyczy)
(Wypełnić wyłącznie w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego lub osobę upoważnioną)

Imię i nazwisko: .....

Adres do korespondencji: .....

podstawa umocowania: .....
(Do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający pełnomocnictwo lub reprezentację, jako opiekun prawny)

Na podstawie 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 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), **zwracam się z wnioskiem o zakwalifikowanie mnie do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego**

I. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW

Oświadczam, że:

1. ukończyłem/am 65. rok życia;
2. zamieszkuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu wskazanym w danych identyfikacyjnych
3. jestem:
   ☐ obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej,
   ☐ obywatelem państwa Unii Europejskiej,
   ☐ obywatelem państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego,
   ☐ obywatelem Konfederacji Szwajcarskiej,
   ☐ obywatelem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, o którym mowa w art. 10 ust. 1 lit. b, d–f umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa z Unii Europejskiej;
4. posiadam niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego;
5. nie posiadam opiekuna faktycznego mogącego zapewnić wsparcie umożliwiające zaspokojenie tych potrzeb;
6. w okresie korzystania z Bonu Senioralnego będę posiadać miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
7. mój średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych*, uzyskany w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, wynosi: **. .....zł miesięcznie** i nie przekracza obowiązującego kryterium dochodowego; ***(Próg uprawniający do wsparcia wynosi 3410 zł netto*).***

*** dochód** - oznacza, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 592, 779 i 846), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;

II. INFORMACJA O DOCHODZIE

Dochód uzyskany w trzech miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:

Miesiąc	Wysokość dochodu

Średni miesięczny dochód..... zł.

Źródło/źródła dochodu:

☐ emerytura
☐ renta
☐ wynagrodzenie ze stosunku pracy
☐ działalność gospodarcza
☐ świadczenia z ubezpieczenia społecznego

☐ inne: .....

III. NIEZASPOKOJONE POTRZEBY

Potrzebuję wsparcia w następujących obszarach:

1. Pomoc w codziennych czynnościach:

1) **Podstawowe czynności związane z samoobsługą, obejmujące:**
- ☐ ubieranie się/zmiana odzieży i bielizny osobistej;
- ☐ przygotowywanie prostych posiłków, w tym jednego gorącego, z uwzględnieniem zalecanej diety;
- ☐ spożywanie posiłku lub karmienie i pojenie;
- ☐ słanie łóżka i zmianę pościeli

2) **Czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego:**
- ☐ porządkowanie i sprzątnie w niezbędnym zakresie, w tym czyszczenie urządzeń codziennego użytku i urządzeń sanitarnych, wynoszenie śmieci, przynoszenie wody i opału, ogrzewanie pomieszczeń za pomocą dostępnego urządzenia grzewczego, w tym palenie w piecu i wybieranie popiołu, z uwzględnieniem preferencji osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, w zakresie temperatury;
- ☐ dokonywanie niezbędnych zakupów lub towarzyszenie podczas tych zakupów lub podczas korzystania z usług w sklepach, aptekach, punktach usługowych lub gastronomicznych położonych najbliżej miejsca zamieszkania osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, a także dostarczanie pomocy rzeczowej;
- ☐ utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie, takiego jak wózek, balkonik, podnośnik, kule;
- ☐ pranie dzieży i pościeli, niezbędne ich prasowanie, oddawanie do pralni i odbiór z pralni;
- ☐ towarzyszenie w załatwianiu spraw urzędowych i płaceniu rachunków;

3) **Inne czynności samoobsługowe, obejmujące w szczególności:**
- ☐ zmianę pozycji ciała, w tym przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku;
- ☐ korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych, innych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji;
- ☐ inne: .....

2. Opieka higieniczno-pielęgnacyjna

- ☐ pomoc w toalecie porannej i wieczornej, w tym w goleniu maszynką do golenia, czesaniu, higienie jamy ustnej i uszu, przy czym w przypadku osób leżących toaleta jest wykonywana w łóżku;
- ☐ pomoc przy kąpieli, w tym myciu głowy;
- ☐ pomoc w pielęgnacji niezmienionych chorobowo paznokci rąk i nóg;
- ☐ pomoc w korzystaniu z toalety oraz naczyń sanitarnych;
- ☐ pomoc w zmianie pieluchomajtek i wkładów higienicznych z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń;
- ☐ inne czynności: .....

3. Wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych

- ☐ pomoc w dotarciu do przychodni;
- ☐ zamawianie recept;
- ☐ umawianie wizyt lekarskich;
- ☐ inne: .....

4. Kontakty z otoczeniem

- ☐ pomoc w umożliwieniu przebywania na świeżym powietrzu, w tym towarzyszenie podczas spacerów;

- ☐ prowadzenie rozmów;
- ☐ pomoc w nawiązywaniu, utrzymywaniu i rozwijaniu kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,, w tym z wykorzystaniem dostępnych środków komunikacji;
- ☐ pomoc w czytaniu prasy, książek i ich wymianie w bibliotece;
- ☐ towarzyszenie podczas drogi do instytucji kultury i rekreacji oraz w trakcie pobytu w nich;

inne: .....

IV. SZCZEGÓŁOWY OPIS MOJEJ SYTUACJI

Proszę opisać, czy i w jakim zakresie może Pan/Pani liczyć na pomoc osób najbliższych w codziennym funkcjonowaniu. Proszę uwzględnić, kto udziela lub mógłby udzielać takiej pomocy, jak często jest ona dostępna oraz jakie są przyczyny jej ograniczenia lub braku.

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

V. CZĘSTOTLIWOŚĆ POTRZEBY WSPARCIA W RAMACH BONU SENIORALNEGO

Pomocy potrzebuję:

☐ codziennie
☐ kilka razy w tygodniu
☐ kilka razy w miesiącu
☐ w zależności od aktualnej sytuacji

VI. INFORMACJA O INNYCH FORMACH OPIEKI I WSPARCIA

Oświadczam, że:

1. Jest ustalone/nie jest ustalone* w związku ze sprawowaniem nade mną opieki prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku dla opiekuna;
2. Korzystam/nie korzystam* ze świadczenia wspierającego określonego w ustawie z dnia 7 lipca 2023r. o świadczeniu wspierającym;
3. Korzystam/nie korzystam* ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;
4. Korzystam/nie korzystam* z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub programów resortowych;
5. Korzystam/nie korzystam* z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej określonej w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;
6. Korzystam/nie korzystam* z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;
7. Korzystam/nie korzystam* z całodobowej opieki świadczonej osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;
8. Korzystam/nie korzystam* z całodobowej opieki świadczonej przez podmiot inny niż wskazany wyżej;
9. Korzystam/nie korzystam* z instytucjonalnej opieki dziennej;
10. Korzystam/nie korzystam* z innych następujących form wsparcia:
    .....
    i proszę o dokonanie przez właściwą jednostkę oceny, czy korzystanie z tej formy wsparcia wpływa na możliwość objęcia mnie Programem.

☐ Oświadczam, że korzystanie z usług lub opieki, o których mowa wyżej ma charakter doraźny

i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni.

***właściwe zaznaczyć**

VII. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, za które grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8., na podstawie art. 233 kodeksu karnego – oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są zgodne z prawdą tj.
2. zostałem/am poinformowany/a, że Bon Senioralny stanowi formę wsparcia w postaci usług realizowanych w miejscu zamieszkania seniora, a nie świadczenie pieniężne wypłacane bezpośrednio seniorowi;
3. przyjmuję do wiadomości, że zakwalifikowanie do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego następuje po ustaleniu spełnienia warunków określonych w przepisach oraz ocenie poziomu niezaspokojenia moich potrzeb;
4. przyjmuję do wiadomości, że szczegółowy zakres i wymiar usług zostaną określone indywidualnie w umowie o realizację Bonu Senioralnego;
5. zobowiązuję się poinformować organ realizujący Bon Senioralny o każdej zmianie okoliczności mających wpływ na możliwość korzystania z Bonu Senioralnego;
6. wyrażam zgodę na dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia mojej sytuacji oraz poziomu niezaspokojenia podstawowych potrzeb życia codziennego, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów;
7. przyjmuję do wiadomości, że realizacja Programu odbywa się w ramach środków przeznaczonych na Program Bonu Senioralnego na lata 2026–2028 oraz na zasadach określonych w przepisach prawa.

.....
czytelny podpis seniora/opiekuna prawnego/pełnomocnika

ZAŁĄCZNIKI

Do wniosku przedkładam:

- ☐ dokumenty potwierdzające wysokość dochodu za wymagany okres
- ☐ dokumenty/informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej lub funkcjonalnej
- ☐ pełnomocnictwo lub postanowienie (odpis) o ustanowieniu opieki prawnej

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ ORGAN / JEDNOSTKĘ REALIZUJĄCĄ PROGRAM

Weryfikacja warunków formalnych:

☐ ukończone 65 lat
☐ miejsce zamieszkania na terytorium RP i gminy Kalwaria Zebrzydowska
☐ spełnienie wymogu obywatelstwa
☐ spełnienie kryterium dochodowego
☐ występowanie niezaspokojonych potrzeb w zakresie podstawowych czynności życia codziennego
☐ brak przesłanki wyłączającej przyznanie Bonu Senioralnego
☐ wymagane dokumenty zostały przedłożone

Obszar oceny i rodzaj czynności	**Osoba samodzielna 0 pkt**	**Osoba wymagająca wsparcia i pomocy 1 pkt**	**Osoba całkowicie zależna od pomocy 2 pkt**
1. Pomoc w codziennych czynnościach			
1.1. Podstawowe czynności związane z samoobsługą			
Ubieranie się, zmiana odzieży i bielizny osobistej			
Przygotowywanie prostych posiłków, w tym jednego gorącego, z uwzględnieniem zalecanej diety			
Spożywanie posiłków, karmienie i pojenie			
Słanie łóżka i zmiana pościeli			
1.2. Czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego			
Porządkowanie i sprzątanie, czyszczenie urządzeń i sanitariatów, wynoszenie śmieci			
Przynoszenie wody i opału, ogrzewanie pomieszczeń, palenie w piecu i wybieranie popiołu			
Dokonywanie zakupów lub towarzyszenie podczas zakupów i korzystania z usług			
Dostarczanie pomocy rzeczowej			
Utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu pomocniczego, np. wózka, balkonika, kul			
Pranie odzieży i pościeli, prasowanie oraz korzystanie z pralni			
Załatwianie spraw urzędowych i płacenie rachunków			
1.3. Inne czynności samoobsługowe			
Zmiana pozycji ciała, przesiadanie się, układanie w łóżku i siadanie na wózku			
Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych			
Inne czynności:			
2. Opieka higieniczno-pielęgnacyjna			
Toaleta poranna i wieczorna, golenie, czesanie, higiena			

jamy ustnej i uszu			
Kąpiel i mycie głowy			
Pielęgnacja niezmienionych chorobowo paznokci rąk i nóg			
Korzystanie z toalety i naczyń sanitarnych			
Zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych, zapobieganie odleżynom i odparzeniom			
Inne czynności:			
3. Wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych			
Pomoc w dotarciu do przychodni			
Zamawianie recept			
Umawianie wizyt lekarskich			
Inne czynności:			
4. Kontakty z otoczeniem			
Przebywanie na świeżym powietrzu i spacery			
Prowadzenie rozmów			
Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z rodziną i społecznością lokalną, także za pomocą dostępnych środków komunikacji			
Czytanie prasy i książek oraz ich wymiana w bibliotece			
Towarzyszenie w drodze do instytucji kultury i rekreacji oraz podczas pobytu w nich			
Inne czynności:			
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW			

Proponowany zakres usług:

☐ pomoc w codziennych czynnościach

☐ opieka higieniczno-pielęgnacyjna

☐ wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych

☐ pomoc w utrzymywaniu kontaktów z otoczeniem

☐ inne usługi:

Proponowany wymiar usług:

.....

Wynik kwalifikacji

☐ senior spełnia warunki zakwalifikowania do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego

☐ senior nie spełnia warunków zakwalifikowania do zawarcia umowy

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

data i podpis osoby dokonującej kwalifikacji