

WÓJT GMINY SZYDŁOWO

ZA POŚREDNICTWEM:

CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W SZYDŁOWIE

.....
miejscowość, data

WNIOSEK

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

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 rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 września 2026 r. w sprawie Programu Bonu Senioralnego na lata 2026–2028 (Dz. U. z 2026 r. poz. 1277).

DANE IDENTYFIKACYJNE I KONTAKTOWE SENIORA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data urodzenia:

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

Adres miejsca zamieszkania (miejsce realizacji usług):
.....
.....

Numer telefonu:

Adres e-mail (jeśli posiada):

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / PEŁNOMOCNIKA (jeśli dotyczy)

Wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy lub pełnomocnik. Do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający umocowanie.

Imię i nazwisko:

Adres do korespondencji:

Podstawa umocowania:

Do Wójta Gminy Szydłowo

Zwracam się z wnioskiem o zakwalifikowanie mnie do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego oraz ustalenie indywidualnego zakresu i wymiaru usług wsparcia odpowiadających moim niezaspokojonym potrzebom w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

I. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW

Oświadczam, że:

- ☐ ukończyłem/am 65. rok życia;
- ☐ zamieszkuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pod adresem wskazanym w danych identyfikacyjnych;
- ☐ jestem:
 - ☐ obywatelem/ką Rzeczypospolitej Polskiej;
 - ☐ obywatelem/ką państwa Unii Europejskiej;
 - ☐ obywatelem/ką państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
 - ☐ obywatelem/ką Konfederacji Szwajcarskiej;
 - ☐ obywatelem/ką Zjednoczonego Królestwa, w zakresie określonym w ustawie;
- ☐ posiadam niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego;
- ☐ nie posiadam opiekuna faktycznego mogącego zapewnić wsparcie umożliwiające zaspokojenie tych potrzeb;
- ☐ w okresie korzystania z Bonu Senioralnego będę posiadać miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Mój średni miesięczny dochód, ustalony zgodnie z obowiązującymi przepisami za trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku, wynosi: zł i nie przekracza obowiązującego kryterium dochodowego (3 410 zł).

Na potrzeby ustalenia dochodu należy uwzględnić definicję dochodu i zasady jego obliczania wynikające z przepisów wskazanych w podstawie prawnej.

II. INFORMACJA O DOCHODZIE

Dochód uzyskany w trzech miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:

Miesiąc	Wysokość dochodu	Źródło dochodu

Średni miesięczny dochód: zł

Źródło / źródła dochodu (zaznaczyć właściwe):

- ☐ emerytura
- ☐ renta

- ☐ wynagrodzenie ze stosunku pracy
- ☐ działalność gospodarcza
- ☐ świadczenia z ubezpieczenia społecznego
- ☐ inne:

III. NIEZASPOKOJONE POTRZEBY

Proszę zaznaczyć obszary, w których potrzebuję wsparcia.

1. Pomoc w codziennych czynnościach

- ☐ ubieranie się / zmiana odzieży i bielizny osobistej;
- ☐ przygotowywanie prostych posiłków, w tym uwzględniających zalecaną dietę;
- ☐ spożywanie posiłku lub karmienie;
- ☐ ślanie łóżka i zmiana pościeli;
- ☐ porządkowanie i sprzątanie w niezbędnym zakresie;
- ☐ wynoszenie śmieci, przynoszenie wody i opału, pomoc przy ogrzewaniu – jeśli dotyczy;
- ☐ dokonywanie niezbędnych zakupów lub towarzyszenie podczas zakupów;
- ☐ dostarczanie pomocy rzeczowej;
- ☐ pranie odzieży i pościeli, prasowanie, oddawanie i odbiór prania;
- ☐ towarzyszenie w załatwianiu spraw urzędowych i opłacaniu rachunków;
- ☐ zmiana pozycji ciała, przesiadanie się i przemieszczanie w mieszkaniu;
- ☐ korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego lub pomocniczego;
- ☐ inne:

2. Opieka higieniczno-pielęgnacyjna

- ☐ pomoc w toalecie porannej i wieczornej, goleniu, czesaniu i higienie jamy ustnej;
- ☐ pomoc przy kąpielach, w tym myciu głowy;
- ☐ pielęgnacja paznokci rąk i nóg;
- ☐ pomoc w korzystaniu z toalety oraz naczyń sanitarnych;
- ☐ pomoc w zmianie pieluchomajtek i wkładów higienicznych, z uwzględnieniem czynności zapobiegających odleżynom i odparzeniom;
- ☐ inne:

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;
- ☐ pomoc w czytaniu prasy i książek oraz korzystaniu z biblioteki;
- ☐ towarzyszenie podczas drogi do instytucji kultury i rekreacji oraz podczas pobytu w nich;
- ☐ inne:

IV. SZCZEGÓŁOWY OPIS MOJEJ SYTUACJI

Proszę opisać, jakie czynności wykonuję samodzielnie, przy których potrzebuję częściowej pomocy, a których nie jestem w stanie wykonywać bez pomocy innej osoby.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. CZĘSTOTLIWOŚĆ POTRZEBY WSPARCIA

Pomocy potrzebuję:

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

Najbardziej potrzebuję pomocy:

- ☐ rano
- ☐ w godzinach przedpołudniowych
- ☐ w godzinach popołudniowych
- ☐ wieczorem
- ☐ w różnych porach dnia

VI. INFORMACJA O OSOBACH BLISKICH I DOTYCHCZASOWEJ POMOCY

Osoby bliskie lub inne osoby, które obecnie udzielają mi pomocy:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa / relacja	Zakres pomocy

Opis dotychczas otrzymywanej pomocy:

.....

.....

.....

.....

VII. INFORMACJA O INNYCH FORMACH OPIEKI I WSPARCIA

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

1. ustalone jest / nie jest ustalone* w związku ze sprawowaniem nade mną opieki prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna;
2. korzystam / nie korzystam* ze świadczenia wspierającego;
3. korzystam / nie korzystam* ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia;
4. korzystam / nie korzystam* z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub resortowych;
5. korzystam / nie korzystam* z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej;
6. korzystam / nie korzystam* z całodobowej opieki stacjonarnej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;
7. korzystam / nie korzystam* z całodobowej opieki w innych placówkach lub przez inne podmioty, w przypadkach określonych w ustawie;
8. korzystam / nie korzystam* z instytucjonalnej opieki dziennej;
9. korzystam / nie korzystam* z innych form wsparcia:

.....

- ☐ Oświadczam, że korzystanie z usług lub opieki, o których mowa powyżej, ma charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni.

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku korzystania z innej formy wsparcia proszę wskazać jej rodzaj i okres korzystania.

VIII. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

- ☐ wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- ☐ zostałem/am poinformowany/a, że Bon Senioralny stanowi wsparcie w postaci usług realizowanych w miejscu zamieszkania seniora, a nie świadczenie pieniężne wypłacane bezpośrednio seniorowi;
- ☐ przyjmuję do wiadomości, że zakwalifikowanie do zawarcia umowy następuje po ustaleniu spełnienia warunków określonych w przepisach oraz ocenie poziomu niezaspokojenia moich potrzeb;
- ☐ przyjmuję do wiadomości, że szczegółowy zakres i wymiar usług zostaną określone indywidualnie w umowie o realizację Bonu Senioralnego;
- ☐ zobowiązuję się poinformować Centrum Usług Społecznych w Szydłowie o każdej zmianie okoliczności mających wpływ na możliwość korzystania z Bonu Senioralnego;
- ☐ wyrażam zgodę na dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia mojej sytuacji oraz poziomu niezaspokojenia podstawowych potrzeb życia codziennego, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów;
- ☐ 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.

IX. WNIOSEK

W związku z powyższym wnoszę o zakwalifikowanie mnie do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego oraz ustalenie indywidualnego zakresu i wymiaru usług wsparcia odpowiadających moim niezaspokojonym potrzebom w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

.....
Czytelny podpis seniora / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika

ZAŁĄCZNIKI

Do wniosku załączam (zaznaczyć właściwe):

- ☐ dokumenty potwierdzające wysokość dochodu za wymagany okres;
- ☐ dokumenty / informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej lub funkcjonalnej – jeżeli są wymagane;
- ☐ pełnomocnictwo lub dokument potwierdzający ustanowienie przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy);
- ☐ oświadczenie o dochodach niepodlegających opodatkowaniu;
- ☐ oświadczenie o wielkości gospodarstwa rolnego – jeśli dotyczy;
- ☐ inne dokumenty:

.....

Miejscowość

Data

Podpis

.....

.....

.....