WNIOSEK SENIORA

o zawarcie umowy o realizacji bonu senioralnego

w roku 2026

Program Bonu Senioralnego na lata 2026–2028

Podstawa prawna: § 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), w związku z art. 24–29 ustawy z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej.

Adresat:

Wójt Gminy Michałów

Za pośrednictwem: Centrum Usług Społecznych w Michałowie

DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU: .....

DANE SENIORA – WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko.....

2. Data urodzenia: .....

3. Numer PESEL.....

W przypadku braku numeru PESEL:

Rodzaj dokumentu tożsamości: .....

Seria i numer dokumentu: .....

4. Obywatelstwo: .....

5. Adres miejsca zamieszkania:

Ulica i numer domu/lokalu: .....

Kod pocztowy i miejscowość: .....

Gmina: .....

6. Adres, pod którym mają być świadczone usługi wsparcia, **JEŻELI JEST INNY NIŻ POWYŻSZY**:

.....

7. Dane kontaktowe:

Telefon: .....

Adres poczty elektronicznej (jeżeli dotyczy): .....

8. Preferowany sposób kontaktu:

☐ telefoniczny
☐ listowny
☐ elektroniczny
☐ inny: .....

II. 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;

III. 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:

.....

IV. 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: .....

V. 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.

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

VI. CZĘSTOTLIWOŚĆ POTRZEBY WSPARCIA W RAMACH BONU SENIORALNEGO

Pomocy potrzebuję:

☐ codziennie

☐ kilka razy w tygodniu

☐ kilka razy w miesiącu

☐ w zależności od aktualnej sytuacji

VII. INFORMACJE O ŚWIADCZENIACH, USŁUGACH I FORMACH OPIEKI MAJĄCYCH WYKLUCZYC 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.

VIII. 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.

IX. 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 Zabierzów 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**
……	……

X. 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	

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ ORGAN / JEDNOSTKĘ REALIZUJĄCĄ PROGRAM

Weryfikacja warunków formalnych:

☐ ukończone 65 lat

☐ miejsce zamieszkania na terytorium RP i Gminy Michałów

☐ 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

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.