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:

Prezydent Miasta Świdnica

Za pośrednictwem: Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Świdnicy

DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU: .....

I. 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. INFORMACJE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW PRZYZNANIA BONU SENIORALNEGO

Proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi

1. Czy ukończył(a) Pan/Pani 65 lat?

☐ TAK
☐ NIE

2. Czy posiada Pan/Pani obywatelstwo uprawniające do ubiegania się o bon senioralny zgodnie z art. 26 ustawy? tj. obywatelstwo Polskie, Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Konfederacji Szwajcarskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej

☐ TAK
☐ NIE
☐ Wymaga wyjaśnienia

3. Czy w okresie korzystania z bonu będzie Pan/Pani miał(a) miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?

☐ TAK
☐ NIE

4. Czy średni miesięczny dochód Pana/Pani z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku nie przekracza obowiązującego kryterium dochodowego tj. **3 410,00 zł**?

☐ TAK
☐ NIE
☐ Nie potrafię ustalić - proszę o pomoc w weryfikacji

5. Czy ze względu na wiek lub stan zdrowia ma Pan/Pani trudności z samodzielnym wykonywaniem podstawowych czynności życia codziennego?

☐ TAK
☐ NIE

6. Czy posiada Pan/Pani opiekuna faktycznego, który może zapewnić wsparcie pozwalające zaspokoić niezaspokojone potrzeby życia codziennego?

☐ TAK
☐ NIE
☐ Częściowo - zakres pomocy jest niewystarczający

Jeżeli posiada Pan/Pani opiekuna faktycznego, proszę opisać, jakiego wsparcia może udzielić i dlaczego nie wystarcza ono do zaspokojenia potrzeb: .....

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOCHODU SENIORA

Należy wykazać dochód za trzy miesiące bezpośrednio poprzedzające miesiąc złożenia wniosku, zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów dotyczących bonu senioralnego.

Miesiąc 1: .....

Dochód: ..... . zł

Miesiąc 2: .....

Dochód: ..... . zł

Miesiąc 3: .....

Dochód: ..... . zł

Łączny dochód z trzech miesięcy: ..... zł

Średni miesięczny dochód: .... zł

Źródła dochodu (np. emerytura, renta, wynagrodzenie, inne):

Dokumenty potwierdzające dochód dołączono do wniosku:

☐ TAK
☐ NIE - wyjaśnienie: .....

IV. NIEZASPOKOJONE PODSTAWOWE POTRZEBY ŻYCIA CODZIENNEGO

Proszę zaznaczyć czynności, przy których potrzebuje Pan/Pani pomocy.

☐ Przygotowywanie posiłków
☐ Robienie zakupów i załatwianie podstawowych spraw

☐ Utrzymywanie porządku w miejscu zamieszkania
☐ Ubieranie się i rozbieranie
☐ Mycie się i wykonywanie czynności higienicznych
☐ Korzystanie z toalety
☐ Poruszanie się w mieszkaniu
☐ Poruszanie się poza mieszkaniem
☐ Organizowanie wizyt i korzystanie ze świadczeń zdrowotnych
☐ Zapewnienie kontaktów z otoczeniem
☐ Aktywizacja intelektualna lub ruchowa
☐ Inne potrzeby: .....

Opis sytuacji i potrzeb

Proszę opisać, jakich czynności nie jest Pan/Pani w stanie wykonywać samodzielnie, z jaką częstotliwością potrzebna jest pomoc i jakie trudności występują w codziennym funkcjonowaniu.

Czy trudności wynikają przede wszystkim z:

☐ wieku
☐ stanu zdrowia
☐ ograniczeń ruchowych
☐ innych przyczyn: .....

Czy sytuacja wymaga pomocy:

☐ codziennie
☐ kilka razy w tygodniu
☐ raz w tygodniu
☐ w innych terminach: .....

Dodatkowe informacje ważne dla oceny potrzeb:

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE INNYCH ŚWIADCZEŃ I FORM OPIEKI

Proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź przy każdej pozycji.

1. Czy ustalono wobec Pana/Pani prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego?

☐ TAK
☐ NIE

2. Czy ustalono wobec Pana/Pani prawo do świadczenia pielęgnacyjnego?

☐ TAK
☐ NIE

3. Czy ustalono wobec Pana/Pani prawo do zasiłku dla opiekuna?

☐ TAK
☐ NIE

4. Czy korzysta Pan/Pani ze świadczenia wspierającego?

☐ TAK
☐ NIE

5. Czy korzysta Pan/Pani ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodku wsparcia?

☐ TAK
☐ NIE

6. Czy korzysta Pan/Pani z usług opiekuńczych lub asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych albo resortowych?

☐ TAK
☐ NIE

7. Czy korzysta Pan/Pani z całodobowej opieki w domu pomocy społecznej?

☐ TAK
☐ NIE

8. Czy korzysta Pan/Pani z całodobowej opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym?

☐ TAK
☐ NIE

9. Czy korzysta Pan/Pani z innej całodobowej opieki instytucjonalnej lub z instytucjonalnej opieki dziennej?

☐ TAK
☐ NIE

Jeżeli na którekolwiek pytanie udzielono odpowiedzi „TAK", proszę podać rodzaj świadczenia lub opieki, podmiot świadczący pomoc, okres korzystania oraz informację, czy ma ona charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni.

Powyższe informacje służą ustaleniu, czy w konkretnej sytuacji nie występują ustawowe przesłanki wyłączające przyznanie bonu senioralnego.

VI. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. Dane podane we wniosku są zgodne z prawdą i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

2. Zapoznałem/am się z informacją, że bon senioralny jest realizowany w formie usług wsparcia świadczonych na podstawie umowy zawieranej z gminą/Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Świdnicy i nie jest świadczeniem finansowym.

3. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o zmianach danych lub okolicznościach mogących mieć wpływ na spełnianie warunków przyznania bonu senioralnego, w szczególności dotyczących miejsca zamieszkania, dochodu, sytuacji opiekuńczej oraz korzystania z innych świadczeń lub form opieki.

4. Przyjmuję do wiadomości, że gmina/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy może zwrócić się o uzupełnienie wniosku lub dokumentów, przeprowadzić rozmowę ze mną i osobami zamieszkującymi ze mną, a w razie potrzeby dokonać wizyty w miejscu zamieszkania w celu ustalenia sytuacji faktycznej.

5. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem bonu senioralnego, a zawarcie umowy zależy od spełnienia warunków ustawowych oraz kwalifikacji dokonanej przez gminę/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy.

6. Zobowiązuję się współpracować z gminą/Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Świdnicy w zakresie niezbędnym do ustalenia mojej sytuacji i zakresu potrzebnego wsparcia.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA: .....

CZYTELNY PODPIS SENIORA:.....

VII. PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

Wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy albo pełnomocnik upoważniony do złożenia wniosku.

Imię i nazwisko: .....

Adres do korespondencji: .....

Telefon kontaktowy (opcjonalnie): .....

Podstawa działania:

☐ przedstawiciel ustawowy
☐ pełnomocnik
☐ inna podstawa: .....

Dokument potwierdzający umocowanie:

Oświadczam, że jestem uprawniony/a do działania w imieniu wnioskodawcy w zakresie złożenia niniejszego wniosku.

Miejscowość i data: .....

Podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika: .....