**Wniosek o przyznanie usługi**
**BON SENIORALNY**

.....
miejscowość, data

**Wójt Gminy Boleszkowice za pośrednictwem:**
Ośrodka Pomocy Społecznej w Boleszkowicach
ul. Słoneczna 24, 74-407 Boleszkowice

**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: .....

PESEL (w przypadku braku PESEL - seria i nr dokumentu tożsamości): .....

Adres zamieszkania i świadczenia 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*, jeżeli o bon ubiegają się oboje małżonkowie, każdy z nich składa odrębny wniosek i wykazuje własny dochód).***

* **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, czyszczenie urządzeń i sanitariów, wynoszenie śmieci;

☐ przynoszenie wody i opału, ogrzewanie pomieszczeń, palenie w piecu i wybieranie popiołu;

☐ 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,

☐ 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. 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 (preferowane dni) .....

☐ kilka razy w miesiącu (preferowane daty) .....

## VI. INFORMACJA O INNYCH FORMACH OPIEKI I WSPARCIA

Proszę zaznaczyć odpowiedź zgodną ze stanem na dzień złożenia wniosku:

| | |
|---|---|
| Na seniora jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna | ☐ nie ☐ tak |
| Senior korzysta ze świadczenia wspierającego | ☐ nie ☐ tak |
| Senior korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodku wsparcia | ☐ nie ☐ tak |
| Senior korzysta z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programu rządowego lub resortowego | ☐ nie ☐ tak |
| Senior korzysta z całodobowej opieki (np. DPS, ZOL, ZPO lub inna placówka całodobowa) albo z instytucjonalnej opieki dziennej. | ☐ nie ☐ tak |

**Jeżeli zaznaczono „tak" przy usługach lub opiece:** czy korzystanie ma charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni? ☐ nie ☐ tak ☐ nie dotyczy

## VII. WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, za które grozi kara pozbawienia wolności od 6 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 pozwalające ustalić dochód seniora za każdy z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku

☐ pełnomocnictwo – jeżeli wniosek składa pełnomocnik

☐ postanowienie (odpis) o ustanowieniu opieki prawnej

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z art. 13 oraz art. 14 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 206/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. *w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* (ogólne rozporządzenie o ochronie danych( (Dz. Urz. UE z 2016 r., seria L Nr 119, poz. 1), zwanego dalej w skrócie RODO, informujemy, że **Administratorem** Państwa danych osobowych jest: **Ośrodek Pomocy Społecznej u. Słoneczna 24, 74-407 Boleszkowice**.

Na mocy art. 37 ust. 1 lit. a) RODO Administrator AD wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), który w jego imieniu nadzoruje sferę przetwarzania danych osobowych. Z IOD można kontaktować się pod adresem e-mail: *ops@boleszkowice.pl*

Administrator przetwarza Państwa dane osobowe, w celu przyznania: świadczeń rodzinnych, świadczeń opiekuńczych świadczenia wychowawczego, świadczenia rodzicielskiego, jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka, jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się żywego dziecka, o którym mowa w art. 10 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem", funduszu alimentacyjnego, stypendium, zasiłków z pomocy społecznej, Zachodniopomorskiej Karty Rodziny, Zachodniopomorskiej Karty Seniora oraz Karty Dużej Rodziny, czystego powietrza, dodatku osłonowego, dodatku węglowego, dodatek na inne źródła ciepła, bonu energetycznego, bonu senioralnego.

Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w **ściśle określonym, minimalnym zakresie** niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej. Administrator powierza przetwarzanie Państwa danych w Ośrodku Pomocy Społecznej ul. Słoneczna 24, 74-407 Boleszkowice, na podstawie art. 28 RODO.

Dane osobowe przetwarzane przez Administratora przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości złożenia wniosków na wyżej wymienione świadczenia.

Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, ma możliwość:
- dostępu do danych osobowych jej dotyczących,
- żądania ich sprostowania,
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Z powyższych uprawnień można skorzystać w siedzibie Administratora, pisząc na adres AD lub drogą elektroniczną kierując korespondencję na adres *ops@boleszkowice.pl.*

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Administratora. Organem właściwym dla w/w skargi jest:

Urząd Ochrony Danych Osobowych
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

.....
*(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)*

*- W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica lub prawnego opiekuna. W przypadku osoby pełnoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane osobiście lub za okazaniem upoważnienia w sytuacji składania oświadczenia za pełnoletniego członka rodziny.*