

## WNIOSEK

### o zawarcie umowy o realizację bonu senioralnego

Wniosek składa senior albo jego przedstawiciel ustawowy lub pełnomocnik.

#### I. Dane wnioskującego seniora o udział w Programie

Imię i nazwisko

.....

Numer PESEL

.....

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

.....

Adres miejsca zamieszkania, w którym mają być realizowane usługi

.....

Numer telefonu

.....

Obywatelstwo

.....

#### II. Informacje niezbędne do ustalenia spełniania warunków przyznania Bonu Senioralnego

1. Ukończyłam/em 65 lat.

☐ Tak

☐ Nie

2. Mam miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i będę tu mieszkać w okresie korzystania z bonu.

☐ Tak

☐ Nie

3. Mam niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

☐ Tak

☐ Nie

4. Średni miesięczny dochód z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku:

Miesiąc 1:.....zł

Miesiąc 2: .....zł

Miesiąc 3: .....zł

Średni miesięczny dochód:.....zł

5. Informacje dotyczące świadczeń i usług mogących wykluczyć bon:

Proszę zaznaczyć odpowiedź zgodną ze stanem na dzień złożenia wniosku:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TAK | NIE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Jest na mnie ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna.                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |
| Korzystam ze świadczenia wspierającego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |
| Korzystam ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |
| Korzystam z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub programów resortowych.                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |
| Korzystam z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub 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 2004 r. o pomocy społecznej lub z całodobowej opieki świadczonej przez inny podmiot. |     |     |
| Korzystam z instytucjonalnej opieki dziennej.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |

### III. Wskazanie niezaspokojonych podstawowych potrzeb życia codziennego

1. W których z poniższych obszarów potrzebuje Pani/Pan wsparcia (można zaznaczyć więcej niż jedną opcję)?

- ☐ wykonywanie codziennych czynności, takich jak ubieranie się, przygotowywanie posiłków, poruszanie się, utrzymywanie porządku,
- ☐ opieka higieniczno-pielęgnacyjna,
- ☐ korzystanie ze świadczeń zdrowotnych,

☐ kontakt z otoczeniem, w tym aktywizacja intelektualna lub ruchowa.

2. Proszę krótko opisać swoją sytuację oraz trudności i potrzeby.

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

#### **IV. Załączniki**

Do wniosku należy dołączyć tylko dokumenty potrzebne do potwierdzenia spełnienia warunków, w szczególności:

- dokumenty pozwalające ustalić dochód seniora za każdy z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku;
- pełnomocnictwo – jeżeli wniosek składa pełnomocnik;
- klauzula informacyjna RODO – Bon senioralny;
- inne dokumenty niezbędne do potwierdzenia warunków – tylko jeżeli są potrzebne w konkretnej sprawie.

#### **V. Oświadczenie i podpis**

Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku i pozytywna kwalifikacja nie są równoznaczne z zawarciem umowy ani rozpoczęciem świadczenia usług.

....., dnia ..... 2026 r.

.....

podpis seniora/pełnomocnika