GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W PSZCZÓŁKACH
ul. Pomorska 18, 83-032 Pszczółki | tel. 512 909 088, 512 909 073, 512 909 091
gops@pszczolki.pl | e-Doręczenia: AE:PL-85573-56712-RRDDW-31

Pszczółki, dnia .....

Wójt Gminy Pszczółki
za pośrednictwem:
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Pszczółkach

WNIOSEK

o zawarcie umowy o realizację Bonu Senioralnego

w ramach Programu Bonu Senioralnego na lata 2026–2028

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) wnoszę o zakwalifikowanie do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego.

DANE IDENTYFIKACYJNE I KONTAKTOWE SENIORA

Dane	Wpisuje wnioskodawca
Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Seria i numer dokumentu (jeśli brak PESEL)	
Adres zamieszkania / realizacji usług	
Numer telefonu (jeżeli posiada)	
E-mail lub adres e-Doręczeń (jeżeli posiada)	

DANE PRZEDSTAWICIELA / PEŁNOMOCNIKA (JEŻELI DOTYCZY)

Dane	Wpisuje wnioskodawca
Imię i nazwisko	
Adres do korespondencji	
Numer telefonu / e-mail	
Podstawa umocowania	

Jeżeli wniosek składa pełnomocnik lub przedstawiciel ustawowy, dołącza dokument potwierdzający umocowanie.

I. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WARUNKÓW UCZESTNICTWA

Oświadczam, że (zaznacz właściwe odpowiedzi):

☐ ukończyłem/am 65. rok życia;

☐ moje miejsce zamieszkania znajduje się na terytorium RP i będzie znajdować się w Polsce przez okres korzystania z bonu;

☐ z uwagi na wiek lub stan zdrowia mam niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego;

☐ nie mam opiekuna faktycznego mogącego zapewnić wsparcie wystarczające do zaspokojenia tych potrzeb.

Posiadane obywatelstwo lub status uprawniający

☐ obywatelstwo Rzeczypospolitej Polskiej

☐ obywatelstwo państwa Unii Europejskiej / EOG / Konfederacji Szwajcarskiej

☐ status uprawniający wynikający z umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa z UE

II. INFORMACJA O DOCHODACH SENIORA

Dane dotyczą dochodu seniora za trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku; nie wpisuje się dochodów pozostałych domowników.

Miesiąc i rok	Dochód seniora (zł)

Średni miesięczny dochód: ..... zł

Kryterium w 2026 r. wynosi 3410,00 zł miesięcznie. Do wniosku należy dołączyć dokumenty pozwalające ustalić dochód za wymagany okres. Dochód ustalany jest zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 1240).

Źródła dochodu (można zaznaczyć kilka)

☐ emerytura

☐ renta

☐ wynagrodzenie ze stosunku pracy

☐ działalność gospodarcza

☐ świadczenia z ubezpieczenia społecznego

☐ inne, w tym nieopodatkowane / gospodarstwo rolne: .....

III. INFORMACJA O INNYCH ŚWIADCZENIACH I FORMACH OPIEKI

Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu. Informacje posłużą ocenie wyłączeń z art. 27 ustawy.

Rodzaj świadczenia / opieki	TAK	NIE
Na seniora ustalono prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego albo zasiłku dla opiekuna.	☐	☐
Senior korzysta ze świadczenia wspierającego.	☐	☐
Senior korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodku wsparcia.	☐	☐
Senior korzysta z usług opiekuńczych lub asystencji osobistej finansowanych 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 pielęgnacyjno-opiekuńczym.	☐	☐
Senior korzysta z innej całodobowej opieki instytucjonalnej.	☐	☐
Senior korzysta z instytucjonalnej opieki dziennej.	☐	☐
Senior korzysta z innych usług lub form opieki mogących wpływać na prawo do bonu.	☐	☐

Jeżeli zaznaczono TAK – wskaż rodzaj i czas korzystania:

.....

.....

☐ Korzystanie ma charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni (jeżeli dotyczy).

IV. POTRZEBY SENIORA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

W każdej czynności wybierz jedną odpowiedź. Jeśli senior nie potrzebuje pomocy – zaznacz „Samodzielnie”.

1. SAMOOBSŁUGA – PODSTAWOWE CZYNNOŚCI

Czynność / zakres potrzeb	Samodzielnie	Przy wsparciu	Pełna pomoc
Ubieranie się, rozbieranie i zmiana bielizny osobistej	☐	☐	☐
Przygotowanie prostych posiłków, w tym ciepłego posiłku	☐	☐	☐
Spożywanie posiłków, picie, pomoc w karmieniu	☐	☐	☐

2. CZYNNOŚCI W GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Czynność / zakres potrzeb	Samodzielnie	Przy wsparciu	Pełna pomoc
Słanie łóżka i zmiana pościeli	☐	☐	☐
Porządkowanie mieszkania w niezbędnym zakresie	☐	☐	☐
Czyszczenie urządzeń sanitarnych i codziennego użytku	☐	☐	☐
Wynoszenie śmieci i przynoszenie potrzebnych rzeczy	☐	☐	☐
Zakupy spożywcze, w aptece i punktach usługowych	☐	☐	☐
Dostarczanie produktów i pomocy rzeczowej do domu	☐	☐	☐
Pranie, suszenie i niezbędne prasowanie odzieży	☐	☐	☐
Załatwianie spraw urzędowych i opłacanie rachunków	☐	☐	☐

3. PORUSZANIE SIĘ I POZOSTAŁA SAMOOBSŁUGA

Czynność / zakres potrzeb	Samodzielnie	Przy wsparciu	Pełna pomoc
Wstawanie i siadanie, zmiana pozycji ciała	☐	☐	☐
Przesiadanie się z łóżka lub krzesła na wózek	☐	☐	☐
Poruszanie się po mieszkaniu i poza nim	☐	☐	☐
Korzystanie z balkonika, kul, wózka lub innych pomocy	☐	☐	☐
Inne:	☐	☐	☐

4. HIGIENA OSOBISTA I CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNE

Czynność / zakres potrzeb	Samodzielnie	Przy wsparciu	Pełna pomoc
Toaleta poranna i wieczorna, czesanie i higiena jamy ustnej	☐	☐	☐
Kąpiel, mycie głowy i osuszanie ciała	☐	☐	☐
Pielęgnacja niezmienionych chorobowo paznokci	☐	☐	☐
Korzystanie z toalety i sprzętu sanitarnego	☐	☐	☐
Zmiana pieluchomajtek lub wkładów higienicznych	☐	☐	☐

5. WSPARCIE W KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Czynność / zakres potrzeb	Samodzielnie	Przy wsparciu	Pełna pomoc
Dotarcie do przychodni lub innej placówki zdrowotnej	☐	☐	☐
Umawianie wizyt, zamawianie recept	☐	☐	☐
Organizacyjne wsparcie przy korzystaniu z zaleceń lekarskich	☐	☐	☐

6. KONTAKTY Z OTOCZENIEM I AKTYWIZACJA

Czynność / zakres potrzeb	Samodzielnie	Przy wsparciu	Pełna pomoc
Spacery i bezpieczne przebywanie na świeżym powietrzu	☐	☐	☐
Prowadzenie rozmów i utrzymywanie kontaktów z bliskimi	☐	☐	☐
Korzystanie z telefonu i innych środków komunikacji	☐	☐	☐
Czytanie prasy lub książek i kontakt z biblioteką	☐	☐	☐
Uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych / społecznych	☐	☐	☐

V. CZĘSTOTLIWOŚĆ POTRZEBNEGO WSPARCIA

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

VI. OSOBY BLISKIE I DOTYCHCZAS UDZIELANA POMOC

☐ Mieszkam samotnie.
☐ Mieszkam z inną osobą / innymi osobami.

Imię i nazwisko osoby pomagającej	Stopień pokrewieństwa / relacja	Zakres i częstotliwość pomocy

Dlaczego obecna pomoc nie zaspokaja w pełni potrzeb seniora?

.....

.....

.....

VII. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

☐ Wszystkie dane podane we wniosku i załącznikach odpowiadają stanowi faktycznemu.

☐ Bon Senioralny jest świadczeniem usług, a nie wypłatą pieniędzy dla seniora.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że przyznanie bonu następuje poprzez zawarcie umowy.

☐ Zakres pomocy, liczba godzin i dni świadczenia usług zostaną ustalone indywidualnie.

☐ Kwalifikacja nie oznacza automatycznego rozpoczęcia usług – zależy to również od dostępnych środków.

☐ Zobowiązuję się informować GOPS Pszczółki o zmianie sytuacji mogącej wpływać na korzystanie z bonu.

☐ Zostałem/am poinformowany/a, że w razie potrzeby może zostać przeprowadzona rozmowa lub wizyta w miejscu zamieszkania.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że niezawarcie umowy w terminie 21 dni od otrzymania oferty może skutkować skreśleniem z listy osób zakwalifikowanych.

VIII. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Zaznacz dokumenty faktycznie dołączane do wniosku.

☐ Dokumenty pozwalające ustalić dochód seniora za wymagane 3 miesiące.

☐ Oświadczenie dotyczące dochodów niepodlegających opodatkowaniu (jeżeli dotyczy).

☐ Oświadczenie dotyczące gospodarstwa rolnego (jeżeli dotyczy).

☐ Dokument potwierdzający umocowanie pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego.

☐ Dokumenty dotyczące obywatelstwa / statusu uprawniającego, jeśli niezbędne.

☐ Inne dokumenty wymagane do potwierdzenia warunków w indywidualnej sprawie.

Pozostałe załączniki – wymień:

.....

.....

.....

IX. WNIOSEK I PODPIS

Wnoszę o zakwalifikowanie mnie do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego oraz ustalenie zakresu niezbędnych usług wsparcia.

Miejscowość i data	Czytelny podpis seniora / przedstawiciela / pełnomocnika

POUCZENIE: Wniosek podlega ocenie na zasadach określonych w ustawie i rozporządzeniu. W przypadku braków formalnych GOPS może wezwać do ich uzupełnienia. Kwalifikacja powinna nastąpić niezwłocznie, nie później niż w ciągu 30 dni od złożenia kompletnego wniosku, z ustawowymi wyjątkami.

Art. 233 § 6 Kodeksu karnego: Przepisy o fałszywych zeznaniach stosuje się odpowiednio do osoby składającej fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

Formularz stanowi projekt do zatwierdzenia w GOPS Pszczółki. Dodatkową klauzulę RODO należy dołączyć zgodnie z zasadami obowiązującymi u administratora danych.

GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W PSZCZÓŁKACH
ul. Pomorska 18, 83-032 Pszczółki | tel. 512 909 088, 512 909 073, 512 909 091
gops@pszczolki.pl | e-Doręczenia: AE:PL-85573-56712-RRDDW-31

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ GOPS PSZCZÓŁKI

Części poniżej nie wypełnia senior.

Dane	Wypełnia GOPS
Data wpływu wniosku	
Numer sprawy	
Data złożenia kompletnego wniosku	
Pracownik prowadzący	

Weryfikacja warunków

☐ Senior ukończył 65. rok życia.
☐ Potwierdzono miejsce zamieszkania na terenie Gminy Pszczółki.
☐ Spełniony został wymóg obywatelstwa / statusu uprawniającego.
☐ Spełniono kryterium dochodowe.
☐ Stwierdzono niezaspokojone podstawowe potrzeby życia codziennego.
☐ Nie zachodzi przesłanka wykluczająca udzielenie wsparcia.
☐ Dostarczono dokumenty niezbędne do rozpoznania wniosku.

Dokonane czynności (jeżeli potrzebne):

☐ Rozmowa z seniorem / osobami wspólnie zamieszkującymi. Data: .....
☐ Wizyta w miejscu zamieszkania. Data: .....

POMOCNICZA OCENA SAMODZIELNOŚCI – 7 OBSZARÓW

W każdym obszarze wybierz jedną odpowiedź. Proponowana skala 0 / 5 / 10 pkt ma charakter roboczy i wymaga przyjęcia zasad jej stosowania przez GOPS; nie zastępuje ustawowej kwalifikacji.

1. UBIERANIE SIĘ

☐ 0 pkt – Ubiera się i rozbiera bez pomocy.
☐ 5 pkt – Potrzebuje częściowej pomocy przy trudniejszych elementach odzieży.
☐ 10 pkt – Nie może ubrać się i rozebrać bez pomocy innej osoby.

2. PRZYGOTOWYWANIE I SPOŻYWANIE POSIŁKÓW

☐ 0 pkt – Samodzielnie przygotowuje i spożywa posiłki.
☐ 5 pkt – Zjada przygotowany posiłek, lecz potrzebuje wsparcia w jego przygotowaniu.
☐ 10 pkt – Wymaga kompleksowej pomocy przy przygotowaniu i/lub spożywaniu posiłków.

POMOCNICZA OCENA SAMODZIELNOŚCI – CIĄG DALSZY

3. PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO I ZAKUPY

☐ 0 pkt – Samodzielnie wykonuje codzienne prace domowe i zakupy.
☐ 5 pkt – Potrzebuje pomocy przy cięższych pracach i zakupach.
☐ 10 pkt – Nie jest zdolny/a samodzielnie prowadzić gospodarstwa domowego.

4. PORUSZANIE SIĘ I SAMOOBSŁUGA

☐ 0 pkt – Przemieszcza się i zmienia pozycję ciała samodzielnie.
☐ 5 pkt – Potrzebuje częściowej asekuracji lub pomocy przy zmianie pozycji.
☐ 10 pkt – Jest całkowicie zależny/a od pomocy przy przemieszczaniu.

5. HIGIENA OSOBISTA I KORZYSTANIE Z TOALETY

☐ 0 pkt – Samodzielnie wykonuje wszystkie czynności higieniczne.
☐ 5 pkt – Potrzebuje pomocy przy wybranych czynnościach.
☐ 10 pkt – Wymaga pełnej pomocy przy higienie i korzystaniu z toalety.

6. ZDROWIE, RECEPTY I WIZYTY

☐ 0 pkt – Samodzielnie organizuje wizyty i realizuje zalecenia.

☐ 5 pkt – Potrzebuje częściowego wsparcia organizacyjnego.

☐ 10 pkt – Wymaga stałego wsparcia przy organizacji opieki zdrowotnej.

7. KONTAKTY Z OTOCZENIEM

☐ 0 pkt – Samodzielnie utrzymuje kontakty z rodziną i otoczeniem.

☐ 5 pkt – Potrzebuje wsparcia w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów.

☐ 10 pkt – Nie może utrzymywać kontaktów i wyjść z domu bez pomocy.

PODSUMOWANIE OCENY I KWALIFIKACJI – DLA GOPS

Obszar	Wynik (0/5/10 pkt)
Ubieranie się	
Przygotowywanie i spożywanie posiłków	
Gospodarstwo domowe i zakupy	
Poruszanie się i samoobsługa	
Higiena i toaleta	
Zdrowie, recepty i wizyty	
Kontakty z otoczeniem	

Łączna punktacja pomocnicza: ..... / 70

INTERPRETACJA WYNIKU – PRZEDZIAŁY PUNKTOWE

☐ 0–20 pkt – Senior w znacznym stopniu samodzielny. Niski priorytet w kolejce.

☐ 25–45 pkt – Umiarkowany stopień niesamodzielności. Wskazane wsparcie w określonych godzinach.

☐ 50–70 pkt – Głęboki stopień niesamodzielności. Najwyższy priorytet przy tworzeniu listy osób zakwalifikowanych do zawarcia umowy.

UWAGA: Wynik punktowy jest tylko narzędziem wewnętrznym. Nie stanowi samodzielnej podstawy rozstrzygnięcia ani sztywnej kolejności kwalifikacji bez uprzednio przyjętych zasad.

Wynik kwalifikacji

☐ Senior spełnia warunki zakwalifikowania do zawarcia umowy.

☐ Senior nie spełnia warunków – uzasadnienie poniżej.

Proponowane usługi wsparcia

☐ pomoc w codziennych czynnościach

☐ opieka higieniczno-pielęgnacyjna

☐ wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych

☐ pomoc w kontaktach z otoczeniem i aktywizacja

Proponowany wymiar usług: ..... godzin miesięcznie; ..... dni w tygodniu.

Uzasadnienie / uwagi:

.....

.....

.....

.....

Data i podpis pracownika: .....