WNIOSEK

o zawarcie umowy o realizację Bonu Senioralnego

<u>CZĘŚĆ I – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA</u>

DANE PERSONALNE SENIORA:

Imię i nazwisko: ……

PESEL: …….

Data urodzenia: ……

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

……..

Adres miejsca zamieszkania (miejsce realizacji usług):

……

Numer telefonu: …….

Obywatelstwo: ……

I. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA 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 z dnia 24 stycznia 2020 r. o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej;

4. posiadam/nie posiadam* niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego;

5. posiadam/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.

**właściwe zaznaczyć*

**próg uprawniający do wsparcia wynosi 3410 zł netto*

II. INFORMACJA O DOCHODZIE

Dochód uzyskany w ciągu trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (miesiąc i wysokość):

1. …….
2. …….
3. …….

Średni miesięczny dochód …….zł.

Źródło/źródła dochodu:

☐ emerytura ZUS/KRUS

☐ renta ZUS/KRUS

☐ świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji ZUS/KRUS

☐ inne …….

III. NIEZASPOKOJONE POTRZEBY

Potrzebuję wsparcia w następujących obszarach:

1. Pomoc w wykonywaniu codziennych czynności:

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;

□ 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:

□ zamawianie recept;

□ umawianie wizyt lekarskich;

□ inne:

.....

.....

4. Zapewnienia kontaktów 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. CZĘSTOTLIWOŚĆ POTRZEBY WSPARCIA

☐ codziennie,

☐ kilka razy w tygodniu,

☐ kilka razy w miesiącu,

☐ w zależności od aktualnej sytuacji.

V. INFORMACJA O INNYCH FORMACH OPIEKI I WSPARCIA

Oświadczam, że:

1. Jest ustalone/nie jest ustalone* w związku ze sprawowaniem nade mną opieki prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku dla opiekuna;

2. Korzystam/nie korzystam* ze świadczenia wspierającego określonego w ustawie z dnia 7 lipca 2023r. o świadczeniu wspierającym;
3. Korzystam/nie korzystam* ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;
4. Korzystam/nie korzystam* z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub programów resortowych;
5. Korzystam/nie korzystam* z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej określonej w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;
6. Korzystam/nie korzystam* z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;
7. Korzystam/nie korzystam* 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 2004r. o pomocy społecznej;
8. Korzystam/nie korzystam* z całodobowej opieki świadczonej przez podmiot inny niż wskazany wyżej;
9. Korzystam/nie korzystam* z instytucjonalnej opieki dziennej;
10. Korzystam/nie korzystam* z innych następujących form wsparcia:
.....
.....

☐ Oświadczam, że korzystanie z usług lub opieki, o których mowa wyżej ma charakter doraźny i jednorazowo trwa niedłużej niż 14 dni.

**właściwe zaznaczyć*

VI. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:
1. wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
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.

VII. WNIOSEK

Wnoszę o zakwalifikowanie mnie do zawarcia umowy o realizację Bonu Senioralnego oraz o ustalenie indywidualnego zakresu i wymiaru usług wsparcia odpowiadających moim niezaspokojonym potrzebom w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

.....

Data i czytelny podpis seniora/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika/ osoby upoważnionej do złożenia wniosku

Pouczenie:

Do wniosku dołącza się dokumenty niezbędne do potwierdzenia spełniania przez seniora warunków ustawowych przyznania bonu senioralnego, w tym dokumenty pozwalające ustalić średni miesięczny dochód seniora w ostatnich 3 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku.

ZAŁĄCZNIKI

□ dokumenty potwierdzające wysokość dochodu za wymagany okres

□ dokumenty/informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej

□ pełnomocnictwo lub postanowienie (odpis) o ustanowieniu opieki prawnej

□ inne dokumenty:……

CZĘŚĆ II - WYPEŁNIANA ORGAN REALIZUJĄCY PROGRAM

Data wpływu wniosku: .....

Numer sprawy: .....

Weryfikacja warunków formalnych:

☐ ukończone 65 lat

☐ miejsce zamieszkania na terytorium RP i gminy Kisielice

☐ spełnienie wymogu obywatelstwa

☐ spełnienie kryterium dochodowego

☐ występowanie niezaspokojonych potrzeb w zakresie podstawowych czynności życia codziennego

☐ brak opiekuna faktycznego

☐ brak przesłanki wyłączającej przyznanie Bonu Senioralnego

☐ wymagane dokumenty zostały przedłożone

Ocena samodzielności i sprawności seniora:

1. **PORUSZANIE SIĘ I MOBILNOŚĆ**

   ☐ 10 pkt – senior porusza się w pełni samodzielnie, bez użycia sprzętu pomocniczego, samodzielnie wychodzi z domu.

   ☐ 5 pkt – senior potrzebuje pomocy drugiej osoby lub sprzętu (laska, balkonik, wózek) przy pokonywaniu barier (np. schody), ale przemieszcza się po mieszkaniu.

   ☐ 0 pkt – senior jest osobą stale leżącą lub wymagającą pełnego przenoszenia/asekuracji przy jakiejkolwiek próbie zmiany pozycji.

2. **UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE**

   ☐ 10 pkt – senior samodzielnie wybiera garderobę, zakłada i zdejmuje ubrania oraz obuwie, zapina guziki i wiąże sznurowadła.

   ☐ 5 pkt – senior wymaga pomocy przy trudniejszych czynnościach (np. zakładanie butów, zapinanie zamków), ale prostą odzież zakłada sam.

   ☐ 0 pkt – senior w pełni zależny od pomocy drugiej osoby, nie jest w stanie samodzielnie się ubrać.

3. **PRZYGOTOWYWANIE I SPOŻYWANIE POSIŁKÓW**

 10 pkt – senior samodzielnie przygotowuje podstawowe posiłki, potrafi bezpiecznie korzystać z kuchenki i bez problemu je (gryzie, połyka, używa sztućców).

 5 pkt – Potrafi samodzielnie zjeść posiłek podany przez kogoś innego, ale nie jest w stanie samodzielnie go ugotować ani przygotować składników.

 0 pkt – Wymaga pełnego karmienia przez drugą osobę lub przygotowania posiłków miksowanych/płynnych ze względu na dysfagię.

4. **PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO I ZAKUPY**

 10 pkt – senior samodzielnie robi zakupy, dba o czystość w mieszkaniu (sprzątanie, zmywanie), samodzielnie zarządza domowym budżetem i opłatami.

 5 pkt – senior wykonuje lekkie prace domowe (np. starcie kurzu), ale wymaga pomocy przy cięższych pracach, przynoszeniu zakupów czy załatwianiu spraw w urzędach.

 0 pkt – senior całkowicie niezdolny do prowadzenia gospodarstwa domowego, nie opuszcza mieszkania w celu zrobienia zakupów.

5. **UTRZYMANIE HIGIENY OSOBISTEJ I KORZYSTANIE Z TOALETY**

 10 pkt – senior samodzielnie wykonuje wszystkie czynności higieniczne (kąpiel, czesanie, mycie zębów) oraz samodzielnie korzysta z toalety.

 5 pkt – senior wymaga częściowej pomocy (np. przy wchodzeniu do wanny, myciu pleców, przygotowaniu wody) lub potrzebuje sporadycznej asekuracji.

 0 pkt – senior w pełni zależny od pomocy osób trzecich, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych lub wymaga pełnej obsługi przy czynnościach sanitarnych.

6. **ZDROWIE, LEKI I ORIENTACJA W OTOCZENIU**

 10 pkt – senior w pełni zorientowany co do czasu, miejsca i osób. Samodzielnie i terminowo przyjmuje zalecone leki, kontroluje wizyty lekarskie.

 5 pkt – senior miewa przejściowe problemy z pamięcią lub orientacją; wymaga przygotowania dawek leków przez kogoś innego (np. w kasetce), ale pamięta o ich połknięciu.

 0 pkt – senior wykazuje zaawansowane zaburzenia poznawcze, brak orientacji, wymaga stałego nadzoru nad przyjmowaniem leków i bezpieczeństwem.

PODSUMOWANIE PUNKTACJI

1. Poruszanie się i mobilność ..... pkt
2. Ubieranie się i rozbieranie …..... pkt

3. Przygotowywanie i spożywanie posiłków …..... pkt

4. Prowadzenie gospodarstwa domowego i zakupy …..... pkt

5. Utrzymanie higieny i toaleta …..... pkt

6. Zdrowie, leki i orientacja w otoczeniu …..... pkt

ŁĄCZNY WYNIK SPRAWNOŚCI: …..... pkt

INTERPRETACJA WYNIKU:

45-60 pkt – Senior w stopniu znacznym samodzielny, nie wymaga wsparcia w zaspokajaniu podstawowych czynności życia codziennego.

20-40 pkt – Umiarkowany stopień niesamodzielności, wskazane przyznanie wsparcia w określonych godzinach.

0-15 pkt – Głęboki stopień niesamodzielności, senior wymaga zakwalifikowania do podpisania umowy o realizacji bonu senioralnego.

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