Wniosek o zawarcie umowy o realizacji bonu senioralnego do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie

Wnoszę o zakwalifikowanie mnie do zawarcia umowy o realizacji bonu senioralnego i objęcie usługami wsparcia odpowiadającymi opisanym poniżej potrzebom.

1 Dane seniora

Imię i nazwisko

.....

PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Jeżeli nie nadano PESEL — seria i numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania i realizacji usług

87-200 Wąbrzeźno, ul.....

Telefon lub inny dostępny sposób kontaktu: .....

2 Obywatelstwo lub status uprawniający

☐ Polska ☐ państwo UE ☐ państwo EOG ☐ Szwajcaria

Państwo obywatelstwa, jeżeli inne niż Polska:

.....

☐ Obywatel Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, objęty art. 10 ust. 1 lit. b, d–f umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa z UE

Dokumenty lub informacje potwierdzające status, jeśli są potrzebne:

.....

3 Osoba podpisująca wniosek

☐ senior ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ pełnomocnik do złożenia wniosku

Imię i nazwisko osoby działającej za seniora:

.....

Podstawa umocowania / dokument w załączeniu:

.....

4 Niezaspokojone potrzeby życia codziennego

Oświadczam, że mam niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego ☐ TAK ☐ NIE

Proszę wskazać czynności, przy których potrzebna jest pomoc. Można zaznaczyć kilka obszarów.

☐ pomoc w codziennych czynnościach (ubieranie się, przygotowywanie posiłków, poruszanie się, utrzymywanie porządku)

☐ higiena i pielęgnacja

☐ korzystanie ze świadczeń zdrowotnych

☐ kontakty z otoczeniem i aktywizacja

Opis czynności, częstotliwości i pór potrzebnej pomocy

.....

.....

.....

Dlaczego wykonanie tych czynności samodzielnie jest utrudnione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Obecna pomoc innych osób i jej zakres

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy jest osoba faktycznie pomagająca, która może zapewnić potrzebne wsparcie?

☐ nie ☐ tak, w pełnym zakresie ☐ tak, w części opisanej poniżej

Kto pomaga, kiedy i w jakim zakresie:

.....

.....

.....

Potrzeby pozostające bez pomocy:

.....

.....

.....

.....

Oczekiwany wymiar pomocy:

Wymiar godzinowy usług wsparcia w ujęciu miesięcznym:…….

Wymiar dni w ujęciu tygodniowym:…….

5 Dochód seniora z trzech poprzednich miesięcy

Proszę wpisać wszystkie dochody seniora osiągnięte w ostatnich trzech pełnych miesiącach kalendarzowych. Nie podaje się dochodów małżonka, ani innych osób wspólnie zamieszkujących z seniorem.

Miesiąc i rok	Źródło dochodu i dokument	Kwota dochodu w zł
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Inne źródła lub okoliczności dotyczące dochodu:

☐ dochody z gospodarstwa rolnego

☐ dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych

6 Inne świadczenia usługi i opieka

Przy każdej pozycji proszę zaznaczyć odpowiedź. Przy odpowiedzi „tak” należy opisać podmiot, rodzaj i okres wsparcia. Przy usługach opiekuńczych lub asystencji trzeba także wskazać źródło dofinansowania, jeśli jest znane.

1. Na seniora ustalono prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna.

☐ nie ☐ tak

2. Senior korzysta ze świadczenia wspierającego.

☐ nie ☐ tak

3. Senior korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodku wsparcia.

☐ nie ☐ tak

4. Senior korzysta z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programu rządowego lub resortowego.

☐ nie ☐ tak

5. Senior korzysta z całodobowej opieki w domu pomocy społecznej.

☐ nie ☐ tak

6. Senior korzysta z całodobowej opieki stacjonarnej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym.

☐ nie ☐ tak

7. Senior korzysta z całodobowej opieki w placówce, o której mowa w art. 67–69 ustawy o pomocy społecznej.

☐ nie ☐ tak

8. Senior korzysta z całodobowej opieki w innym podmiocie niż wskazane powyżej.

☐ nie ☐ tak

9. Senior korzysta z instytucjonalnej opieki dziennej.

☐ nie ☐ tak

Dane dotyczące odpowiedzi „tak” - nazwa programu i okres korzystania:

.....

.....

.....

.....

.....

Jeżeli usługi lub opieka mają charakter doraźny i jednorazowo trwają nie dłużej niż 14 dni, należy wskazać okoliczności, daty i dowody.

.....

.....

.....

7. Inne informacje przydatne do organizacji usług wsparcia

Wskazanie preferowanej osoby mogącej wykonywać usługi wsparcia na rzecz seniora, ma charakter informacyjny dla MOPS i pomoże odpowiednio zaplanować wsparcie. Samo określenie powyższych preferencji nie gwarantuje ich automatycznego uwzględnienia przez MOPS. Ostateczne ustalenia będą zależeć od rzeczywistych potrzeb seniora, dostępności osób świadczących usługi oraz możliwości organizacyjnych i finansowych MOPS, z uwzględnieniem zasad Programu Bon Senioralny.

Czy senior chciałby zgłosić preferencje dotyczącą osoby, która mogłaby wykonywać na jego rzecz usługi wsparcia?

☐ TAK

☐ NIE

Imię i nazwisko:

……

Dane kontaktowe:

……..……..……

Uzasadnienie preferencji:

……..…

……

……

8 Załączniki i podpis

☐ dokumenty dotyczące dochodu z trzech poprzednich miesięcy

☐ dokument umocowania przedstawiciela lub pełnomocnika, jeżeli dotyczy

☐ dokumenty potwierdzające wymagany status obywatela, jeżeli są potrzebne

☐ dokumenty lub informacje dotyczące innych świadczeń, usług lub opieki

Inne dokumenty istotne dla kwalifikacji

.....

.....

Oświadczam, że informacje podane we wniosku są zgodne z moją wiedzą. Proszę o kontakt w celu wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do kwalifikacji.

Przyjmuję do wiadomości, że przyznanie bonu następuje przez zawarcie umowy z gminą, a liczba zawieranych umów zależy od przyznanych środków i dostępnych usług. Wynik kwalifikacji zostanie przekazany na piśmie.

Oświadczam, że zobowiązuję się do poinformowania MOPS w Wąbrzeźnie o każdej zaistniałej sytuacji mającej wpływ na spełnianie warunków niezbędnych do przyznania bonu senioralnego (np. zmiana dochodu, zmiana miejsca zamieszkania, korzystanie z asystencji osobistej, pobyt w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub domu pomocy społecznej, przyznanie świadczenia wspierającego).

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji bonu rekrutacji bonu senioralnego obowiązującym w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie.

.....

Data i czytelny podpis seniora, przedstawiciela ustawowego albo umocowanego pełnomocnika

---

Część dla realizatora

Miejscowość i data ..... Znak sprawy .....

Data wpływu: ..... Data kompletnego wniosku: .....

Średni miesięczny dochód ustalony przez realizatora: ..... zł

Obowiązujące kryterium dochodowe i podstawa ustalenia:

.....

Dokumenty wymagające uzupełnienia:

.....