WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O REALZIACJI BONU SENIORALNEGO

Program Bonu Senioralnego na lata 2026-2028

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu

I. DANE SENIORA

Dane	Informacje
Imię i nazwisko	
PESEL, a w przypadku jego braku - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Data urodzenia	
Obywatelstwo *(proszę zakreślić właściwy kwadrat)*	☐ polskie ☐ UE/EOG/Szwajcaria ☐ Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej – status uprawniający
Adres miejsca zamieszkania, w którym mają być realizowane usługi wsparcia *(ulica, nr, lokal miejscowość, kod pocztowy)*	
Numer telefonu	.
Adres poczty elektronicznej – jeżeli senior chce wskazać	

II. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

Proszę wpisać dane w tabeli, jeżeli wniosek składa inna osoba niż senior.

Wniosek składa: ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ pełnomocnik

Dane	Informacje
Imię i nazwisko	
Adres miejsca zamieszkania osoby składającej wniosek *(ulica, nr, lokal miejscowość, kod pocztowy)*	…… .....
Numer telefonu	

Adres poczty elektronicznej – jeżeli osoba składająca wniosek chce wskazać	
Podstawa działania w imieniu seniora – wpisać rodzaj i datę dokumentu potwierdzającego umocowanie	…….. .....

III. WARUNKI PODSTAWOWE

1. Ukończyłem/am 65 lat ☐ **TAK** ☐ **NIE**
2. Posiadam wymagane przepisami obywatelstwo ☐ **TAK** ☐ **NIE**
3. Mam miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i będę tu mieszkać przez okres korzystania z bonu senioralnego ☐ **TAK** ☐ **NIE**
4. Moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Gminy Miasta Toruń ☐ **TAK** ☐ **NIE**
5. Mam niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego ☐ **TAK**☐ **NIE**

6. **Dochód z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku:**

- średni miesięczny dochód w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
- do kryterium dochodowego nie dolicza się dochodu małżonka ani innych osób wspólnie zamieszkujących z seniorem,
- jeżeli o bon ubiegają się oboje małżonkowie, każde z nich składa odrębny wniosek i wykazuje wyłącznie własny dochód.

Miesiąc	**Wysokość dochodu**		**Źródło dochodu (np. renta, emerytura, inne)**
	kwota netto zł/gr	**kwota brutto zł/gr**	
.....	……	……	……...
……	……	……	……...
……	……	……	……...

Średni miesięczny dochód seniora z 3 miesięcy wynosi…… zł

IV. INFORMACJE O ŚWIADCZENIACH I USŁUGACH MOGĄCYCH UNIEMOŻLIWIĆ PRZYZNANIE BONU.

Proszę o odpowiedz zgodną ze stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku

Pytanie	**Odpowiedź**
Czy w związku z opieką nad Panem(-ią), inna osoba ma ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.	☐ TAK ☐ NIE
Czy korzysta Pan(-i):	
ze świadczenia wspierającego określonego w ustawie z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym.	☐ TAK ☐ NIE
ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.	☐ TAK ☐ NIE
z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub programów resortowych.	☐ TAK ☐ NIE
z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej określonej w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.	☐ TAK ☐ NIE
z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.	☐ TAK ☐ NIE
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.	☐ TAK ☐ NIE
z całodobowej opieki świadczonej przez podmiot inny niż wskazany wyżej.	☐ TAK ☐ NIE
z instytucjonalnej opieki dziennej	☐ TAK ☐ NIE
Jeżeli przy usługach lub opiece, o której mowa w powyższych pytaniach zaznaczono odpowiedź „TAK", proszę wskazać czy korzystanie z usług lub opieki, ma charakter doraźny i jednorazowo trwa niedużej niż 14 dni.	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

V. NIEZASPOKOJONE PODSTAWOWE POTRZEBY ŻYCIA CODZIENNEGO SENIORA

(proszę zaznaczyć właściwe)

☐ pomoc w codziennych czynnościach (np. ubieranie, przygotowanie posiłków, poruszanie się, utrzymanie porządku)

☐ opieka higieniczno-pielęgnacyjna

☐wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych

☐ kontakty z otoczeniem / aktywizacja intelektualna lub ruchowa.

Krótki opis najważniejszych potrzeb i trudności w ich zaspokajaniu:

.....

.....

.....

.....

Czy senior ma opiekuna faktycznego, który może zapewnić potrzebne wsparcie?

☐ **nie**

☐ **tak, ale wsparcie jest niewystarczające**

Jeżeli wsparcie jest niewystarczające – opisać z jakiego powodu i w jakim zakresie:

……
……
……
……
……
……

VI. ZAŁĄCZNIKI / DOKUMENTY

☐ dokumenty pozwalające ustalić dochód wyłącznie seniora za każdy z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (odpowiednio do źródła dochodu);

☐ inne dokumenty potwierdzające informacje wymagane do weryfikacji warunków ustawowych – jeżeli są wymagane lub pozostają w dyspozycji wnioskodawcy;

☐ dokument dotyczący umocowania osoby działającej w imieniu seniora – jeżeli wniosek składa w imieniu seniora osoba umocowana do tej czynności;

☐ inne dokumenty istotne dla ustalenia sytuacji seniora:

……..
.....

VII. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

☐ Oświadczam, że podane we wniosku dane i informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

☐ Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

☐ Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu o zmianie okoliczności mających wpływ na kwalifikację lub zakres udzielanego wsparcia.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu może zweryfikować informacje zawarte we wniosku na podstawie dostępnych dokumentów, rozmowy z seniorem oraz – jeżeli jest to niezbędne do ustalenia stanu faktycznego – rozmowy z osobami wspólnie zamieszkującymi lub wizyty w miejscu zamieszkania.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku braków formalnych wniosku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie wystosuje wezwanie do ich usunięcia, w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia doręczenia wezwania. W razie niezastosowania się do wezwania wniosek zostanie pozostawiony bez rozpoznania

☐ Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku i pozytywna kwalifikacja nie są równoznaczne z zawarciem umowy ani rozpoczęciem świadczenia usług. Zawarcie umowy zależy m.in. od środków finansowych przyznanych Gminie i dostępnego wymiaru usług.

VIII. PODPIS

Miejsce i data	**Podpis seniora lub jego przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika upoważnionego do złożenia wniosku**
.....	.....

IX. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu przy ul. Słowackiego 118a, tel. 56 650 85 65; 56 650 85 62.
W sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją Pana/i praw może się Pan/i kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych mailowo: iodo@mopr.torun.pl, telefonicznie: 56 650 85 65 wew. 160 lub pisemnie na adres: ul. Słowackiego 114, 87-100 Toruń.
Pana/i dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia wsparcia w formie Bonu Senioralnego w ramach rządowego programu.
Podane dane będą przetwarzane w wersji papierowej oraz w systemie informatycznym TT-POMOC. Program TT-POMOC posiada: homologację Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
Podanie przez Pana/ią danych jest wymagane przepisem prawa.
Natomiast w przypadku pozyskiwania numeru telefonu i adresu mailowego podanie danych w celu otrzymywania informacji zwrotnej w ten sposób - ma charakter dobrowolny.
W przypadku niepodania przez Pana/ią danych zostanie wydane zawiadomienie o pozostawieniu sprawy bez rozpoznania, o którą Pan/i wnioskuje.
Pana/i dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami prawa i określony w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu wprowadzonym Zarządzeniem Nr 20/15 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu z dnia 30 grudnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu, Instrukcji o organizacji i zakresie działania składnicy akt w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu, następnie podlegać będą ocenie archiwalnej w zakresie zniszczenia lub dalszego okresu przechowywania.
Podane dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz realizatorom projektów i usług realizujących zadania statutowe Ośrodka w ramach zlecenia zadań.
Administrator nie przekazuje Pana/i danych poza teren Polski/Unii Europejskiej.
Posiada Pan/i prawo do:
1) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
2) sprostowania (poprawiania) swoich danych,
3) ograniczenia przetwarzania danych: ma Pan/i prawo żądać ograniczenia przetwarzania wyłącznie do przechowywania Pana/i danych osobowych w przypadku:
- przekonania Pana/i, że posiadane przez nas dane są nieprawidłowe lub przetwarzane bezpodstawnie,
- nie życzy Pan/i sobie aby dane zostały usunięte, gdyż będą Panu/i potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń.

4) wniesienia skargi do organu nadzorczego,
5) modyfikacji zgody jak również rezygnacji z otrzymywania informacji drogą telefoniczną i mailową (rezygnacji można dokonać składając pisemne oświadczenie).

Szczegółowych informacji jak złożyć żądanie związane z realizacją praw udziela Inspektor Ochrony Danych.
W celu złożenia żądania związanego z wykonaniem praw należy skierować wniosek na adres mailowy iodo@mopr.torun.pl lub udać się do siedziby w Toruniu, przy ul. Słowackiego 114.
Przed realizacją Pana/i uprawnień będziemy musieli potwierdzić Pana/i tożsamość (dokonać Pana/i identyfikacji).