WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY W RAMACH PROGRAMU BONU SENIORALNEGO NA LATA 2026–2028

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy

Część A. Dane seniora

Imię i nazwisko	
PESEL (a w przypadku braku – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości)	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	
Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu/lokalu, kod pocztowy)	
Adres do korespondencji (jeśli inny)	
Telefon / e-mail (dobrowolnie)	
Sposób kontaktu preferowany przez seniora	

Część B. Dane pełnomocnika / przedstawiciela (jeżeli dotyczy)

Imię i nazwisko	
Adres do korespondencji, telefon	
Podstawa umocowania (pełnomocnictwo – wzór 2.6 / inne)	

Część C. Opis niezaspokojonych podstawowych potrzeb życia codziennego

Proszę zaznaczyć czynności, w których potrzebne jest wsparcie (zakres usług – art. 25 ustawy):

☐ pomoc w czynnościach higienicznych i ubieraniu się

☐ przygotowanie posiłków lub pomoc w ich przygotowaniu, pomoc w spożywaniu

☐ utrzymanie porządku w miejscu zamieszkania, pranie, ogrzewanie

☐ zakupy, załatwianie spraw urzędowych

☐ wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych (umawianie wizyt, towarzyszenie, wykup leków na zlecenie seniora)

☐ zapewnienie kontaktu z otoczeniem, towarzyszenie, wyjście z domu

☐ inne: ……

Opis sytuacji (od kiedy, w jakim stopniu, kto obecnie pomaga)	
Preferowane dni i pory usług	

Część D. Sytuacja rodzinna i opiekun faktyczny

Czy senior prowadzi gospodarstwo jednoosobowe? (TAK/NIE)	
Osoby wspólnie zamieszkujące (imię, stopień pokrewieństwa)	
Czy jest osoba, która faktycznie może zapewnić potrzebne wsparcie? (TAK/NIE – jeśli NIE, dlaczego)	
Czy we wspólnym gospodarstwie inny senior składa wniosek / ma umowę? (TAK/NIE)	

Część E. Dochód

Średni miesięczny dochód seniora z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (zł) – wg załączonych dokumentów	
Źródła dochodu (emerytura, renta, inne)	

Część F. Oświadczenia seniora

Oświadczam, że (zaznaczyć):

☐ ukończyłem/am 65 lat, spełniam warunki dotyczące obywatelstwa i zamieszkania określone w art. 26 ustawy;

☐ nie zachodzi wobec mnie żadne z wyłączeń określonych w art. 27 ust. 1 ustawy (oświadczenie), z zastrzeżeniem korzystania z usług lub opieki o charakterze doraźnym trwającym jednorazowo nie dłużej niż 14 dni (art. 27 ust. 2);

☐ dane we wniosku są zgodne z prawdą; zobowiązuję się niezwłocznie informować GOPS o zmianie sytuacji mającej wpływ na prawo do bonu;

☐ wyrażam gotowość do rozmowy i wizyty w miejscu zamieszkania, jeżeli będzie to niezbędne do ustalenia stanu faktycznego;

☐ zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną .

Część G. Załączniki

Lp.	**Załącznik**	**Dołączono (TAK/NIE)**
1	Dokumenty potwierdzające dochód z 3 miesięcy	
2	Oświadczenia pomocnicze	
3	Pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy	
4	Inne: ……	

…… ……

Data *Podpis seniora / pełnomocnika*

Wniosek podpisuje senior, przedstawiciel ustawowy albo pełnomocnik upoważniony do jego złożenia. Gdy senior nie może pisać, sposób zachowania formy pisemnej powinien odpowiadać art. 79 Kodeksu cywilnego: odcisk palca wraz z imieniem i nazwiskiem seniora wpisanym obok przez upoważnioną osobę i jej podpisem albo podpis osoby upoważnionej poświadczony przez notariusza lub właściwy organ z zaznaczeniem działania na życzenie seniora.

Klauzula informacyjna dla seniora (art. 13 RODO)

Zgodnie z art. 13 RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy, ul. Głowackiego 4, 58-100 Świdnica tel. 74 8523067, email: gops@gmina.swidnica.pl
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świdnicy: *mail: krzysztof.olejniczak@comars.pl, tel.* +48 609 019 402.
3. Dane przetwarza się w celu kwalifikacji, prowadzenia listy, zawarcia i wykonywania umów, organizowania i rozliczania usług oraz kontroli Programu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO w związku z art. 24–30 ustawy i rozporządzeniem w sprawie Programu. Niezbędne dane o zdrowiu i sprawności przetwarza się na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z tymi przepisami i obowiązkiem poufności z art. 4 ustawy. Art. 9 ust. 2 lit. h stosuje się w czynnościach opieki społecznej wyłącznie z zachowaniem warunków ust. 3. Dane osoby wskazanej do kontaktu przetwarza się w niezbędnym zakresie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e. Nie stosuje się art. 6 ust. 1 lit. f do wykonywania zadań publicznych.
4. Odbiorcami danych mogą być: Gmina, wykonawca usług (w zakresie niezbędnym do świadczenia usług), wojewoda i organ do spraw polityki senioralnej (sprawozdawczość, w formie zagregowanej, o ile przepisy nie stanowią inaczej), podmioty obsługujące systemy informatyczne i pocztę, organy kontroli.
5. Dane będą przechowywane przez okres realizacji Programu i rozliczenia dotacji, a następnie przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji (jednolity rzeczowy wykaz akt).
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a w przypadkach przewidzianych prawem – sprzeciwu i usunięcia; w zakresie danych przetwarzanych na podstawie zgody – prawo jej wycofania w dowolnym momencie.
7. Można wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.
8. Dane wymagane ustawą i rozporządzeniem są niezbędne do kwalifikacji oraz wykonania umowy. Podanie telefonu, e-maila i dodatkowej osoby kontaktowej jest dobrowolne; ich brak sam w sobie nie wyłącza udziału w Programie.
9. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

……
Zapoznałem/am się – data i podpis seniora

Klauzula informacyjna dla przedstawiciela seniora i innych osób (art. 13–14 RODO)

Dotyczy: pełnomocnika lub przedstawiciela seniora, osób wskazanych do kontaktu, członków gospodarstwa domowego i osób, których dane są niezbędne do kwalifikacji lub realizacji usług (np. opiekun faktyczny).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy, ul. Głowackiego 4, 58-100 Świdnica tel. 74 8523067, email: gops@gmina.swidnica.pl.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świdnicy: *mail: krzysztof.olejniczak@comars.pl, tel.* +48 609 019 402.
3. Dane przetwarza się w celu weryfikacji reprezentacji, oceny dostępnego wsparcia i kontaktu niezbędnego do realizacji usług na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c lub e RODO w związku z przepisami Programu. Wskazanie osoby kontaktowej przez seniora nie stanowi zgody tej osoby na przetwarzanie jej danych.
4. Źródło danych (gdy nie zebrano ich od Pani/Pana): senior lub jego przedstawiciel. Kategorie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, relacja z seniorem, informacje o możliwości udzielania wsparcia.
5. Okres przechowywania, odbiorcy, prawa (w tym sprzeciwu wobec przetwarzania na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e lub f) i skarga do Prezesa UODO – jak w klauzuli 12.1.

Przy zbieraniu danych bezpośrednio klauzulę przekazuje się zgodnie z art. 13 RODO. Gdy dane uzyskano od seniora lub przedstawiciela, obowiązek z art. 14 realizuje się najpóźniej w ciągu miesiąca, a jeżeli wcześniej następuje kontakt albo udostępnienie danych – najpóźniej przy pierwszej takiej czynności. Wyjątki z art. 14 ust. 5 wymagają udokumentowania.

Oświadczenia pomocnicze seniora

Oświadczenia składa się pod rygorem odpowiedzialności za podanie nieprawdy wyłącznie wtedy, gdy przepis szczególny to przewiduje; w pozostałym zakresie – jako oświadczenie wiedzy.

A. Oświadczenie o obywatelstwie i zamieszkaniu

Ja, niżej podpisany/a …….. (PESEL ……...), oświadczam, że posiadam obywatelstwo …… i zamieszkuję na terenie Gminy Świdnica pod adresem ……... od …… r. z zamiarem stałego pobytu.

……
Data i podpis seniora

B. Oświadczenie o niekorzystaniu ze świadczeń wyłączających (art. 27 ust. 1)

Oświadczam, że na moją osobę nie jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego ani zasiłku dla opiekuna oraz nie korzystam z form wsparcia wskazanych w karcie 2.4, art. 27 ust. 1 pkt 2 lit. a–h. Korzystanie wymagające odnotowania: ……..; okres od ……. do ..……..; charakter doraźny: TAK / NIE. Wyjątek do 14 dni dotyczy jedynie form z pkt 2. Karta 2.4 stanowi załącznik do oświadczenia.

……
Data i podpis seniora

C. Oświadczenie o dochodach nieudokumentowanych

Oświadczam, że w okresie …… – …… uzyskałem/am, poza dochodami udokumentowanymi, następujące dochody: …… w łącznej wysokości …… zł / nie uzyskałem/am innych dochodów.

……
Data i podpis seniora

D. Oświadczenie dotyczące opiekuna faktycznego

Oświadczam, że nie ma osoby, która faktycznie może zapewnić mi potrzebne wsparcie w zakresie: ……..... z następujących przyczyn: ……...…… (np. brak osób bliskich, odległe miejsce zamieszkania, praca, stan zdrowia, opieka nad innymi osobami). Osoby bliskie i kontakt: ……..

……
Data i podpis seniora

E. Oświadczenie o zgodzie na kontakt z osobą wskazaną

Wskazuję Panią/Pana ……... (tel. ……..) jako osobę, z którą GOPS i osoba wykonująca usługi mogą się kontaktować w sprawach nagłych oraz której mogą przekazywać informacje w zakresie: ……. Wskazanie mogę w każdej chwili odwołać.

……
Data i podpis seniora

Pełnomocnictwo do złożenia wniosku i reprezentowania w sprawie

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/a …….. (PESEL ……), zamieszkały/a ……, udzielam Pani/Panu …… (PESEL / nr dokumentu …….), zamieszkałemu/ej ……..., pełnomocnictwa do:

☐ złożenia w moim imieniu wniosku w ramach Programu Bonu Senioralnego i dokumentów do wniosku

☐ uzupełniania braków i składania wyjaśnień

☐ odbioru korespondencji, w tym informacji o wyniku kwalifikacji i oferty zawarcia umowy

☐ złożenia wniosku o ponowną kwalifikację

Pełnomocnictwo nie obejmuje zawarcia umowy w moim imieniu, chyba że zaznaczę: ☐ obejmuje także zawarcie, zmianę i rozwiązanie umowy.

…… ……

Data i podpis mocodawcy (seniora) *Podpis pełnomocnika – przyjęcie pełnomocnictwa*

Dokument pełnomocnictwa składany w sprawie świadczenia bonu senioralnego jest objęty wyłączeniem opłaty skarbowej dotyczącym spraw świadczeń socjalnych, na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy o opłacie skarbowej.