……………….., dnia ………………..

……………………………………….

imię i nazwisko

………………………………………

pesel

**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNEGO**

Wnoszę o uznanie mnie za osobę bezrobotną i jednocześnie oświadczam, że:

zaznaczyć X

**TAK NIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jestem osobą:  **zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy** obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej. |  |  |
|  | Jestem osobą:  **niepełnosprawną zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia** co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy (\*należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności). |  |  |
|  | Przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA). |  |  |
|  | Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę ( w pełnym / niepełnym wymiarze czasu pracy). |  |  |
|  | Jestem osobą wykonującą inną pracę zarobkową (tj. umowę zlecenie, umowę o dzieło, umowę agencyjną, umowę o świadczenie usług, do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu, umowę o pomocy przy zbiorach, lub w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych). (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Kształcę się na studiach w systemie stacjonarnym tj. dziennym. |  |  |
|  | Prowadzę działalność nieewidencjonowaną (nierejestrowaną) |  |  |
|  | Jestem wpisana(y) do CEIDG jako osoba prowadząca działalność gospodarczą. |  |  |
|  | Zawiesiłam(łem) wykonywanie działalności gospodarczej (tj. zgłosiłam(łem) do CEIDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa). |  |  |
|  | We wniosku o wpis do CEIDG określiłam(em) dzień podjęcia działalności gospodarczej i nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia tej działalności. |  |  |
|  | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną / odbywam karę pozbawienia wolności\*. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Nabyłem zasiłek stały (na podstawie ustawy o pomocy społecznej). |  |  |
|  | Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej\* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy Prawo Przedsiębiorców (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Jestem wspólnikiem spółki jawnej / partnerem lub członkiem zarządu w spółce partnerskiej / komplementariuszem w spółce komandytowej / komplementariuszem lub członkiem rady nadzorczej w spółce komandytowo – akcyjnej / prokurentem lub likwidatorem spółki osobowej\* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w oddziale 4 Rozdziału 3 KSH. |  |  |
|  | Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych. |  |  |
|  | Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. |  |  |
|  | Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga. |  |  |
|  | Posiadam stałe źródło dochodu. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a) | Nabyłem(łam) prawo do **emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę lub świadczenia pieniężnego**, o którym mowa w ustawie z dnia 8 lutego 2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy., tj. Policji, ABW, AW, SKW, SWW, CBA, SG, SM, SOP, PSP, SCS i SW oraz ich rodzin lub ustawy z dnia 10 grudnia 1993r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin. |  |  |
| b) | Nabyłam(łem) po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności, prawo do **nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego**. |  |  |
| c) | Nabyłam(łem) prawo **do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznanego przez zagraniczny organ** emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy. |  |  |
| d) | **Uzyskuje miesięcznie przychód** w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. z tytułu wynajmu mieszkania, lokalu, garażu, innych). |  |  |
| e) | Nabyłam(łem) prawo do **świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego** (na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych). |  |  |
| f) | Nabyłam(łem) prawo do **zasiłku dla opiekuna** (na podstawie ustawy o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów). |  |  |
| g) | Pobieram po ustaniu zatrudnienia **świadczenie szkoleniowe.** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **21.** | Jestem wpisany(a) do KRS - Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców / Stowarzyszeń / innej organizacji społecznej i zawodowej / Fundacji / ZOZ. (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
|  | Odbywam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. | | |  |  |
|  | W innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy\*. (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
|  | Pobieram zasiłek dla bezrobotnych z innego państwa | | |  |  |
|  | Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów\*). (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
|  | Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej. | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| 1. **2.** | Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko. | | |  |  |
| 1. **2.** | Mój współmałżonek posiada statusu bezrobotnego / poszukującego pracy\*. (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
| 1. **2.** | Posiadam Kartę Dużej Rodziny. | | |  |  |
|  | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności  (należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczeni o stopniu niepełnosprawności) | | |  |  |
|  | Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. | | |  |  |
|  | Liczba dzieci na utrzymaniu ………………. | | | | |
|  | Stan cywilny (\*zaznaczyć właściwe) | | | | |
|  | * panna / kawaler * wdowa / wdowiec | * mężatka / żonaty * rozwiedziona(y) | * w separacji * małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności\* (niepotrzebne skreślić) | | |

**INFORMACJE** ADRESOWE I DANE **KONTAKTOWE**

**Pouczenie:**

Zgodnie z brzmieniem art. 41 § 1 i 2 KPA *„W toku postępowania, Strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego"*. *„W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny."*

|  |
| --- |
| **Moje miejsce zamieszkania**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Adres korespondencyjny  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Numer telefonu  …………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Inne dane kontaktowe  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Adres elektroniczny  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Numer rachunku płatniczego, w celu przekazywania przyznanych świadczeń   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**INFORMACJE dot. WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI** **ZAWODOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Posiadam wykształcenie | | |
| * brak * podstawowe * gimnazjalne * branżowe (I / II stopnia) | * zawodowe * średnie zawodowe * średnie ogólnokształcące * policealne | * wyższe I stopnia * wyższe II stopnia * podyplomowe * doktoranckie |
| Ukończone szkoły   1. …………………………………………………………………………………………………………………………… 2. …………………………………………………………………………………………………………………………… 3. …………………………………………………………………………………………………………………………… 4. …………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód wyuczony  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód wykonywany  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód, w którym chcę pracować  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Znajomość języków obcych (\*wpisać jakie)   1. język , poziom znajomości: . 2. język , poziom znajomości: . 3. język , poziom znajomości: . 4. język…………………………………., poziom znajomości………………………………………….   (A1 - początkujący, A2 - niższy średnio zaawansowany, B1 - średnio zaawansowany, B2 - wyższy średnio zaawansowany, C1- zaawansowany, C2 – biegły) | | |
| Posiadam ukończone kursy / szkolenia | * TAK\* (wpisać poniżej) | * NIE |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Posiadam prawo jazdy | * TAK\* (podkreślić poniżej) | * NIE |
| Kategoria: A B C D T (inne: B B+E C1 C1+E C+E D1 D1+E D+E) | | |

OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OD | DO | NAZWA PRACODAWCY | STANOWISKO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**INFORMACJE dot. SPOSOBU ROZWIĄZANIA OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEG**

Ostatni stosunek pracy rozwiązałem(łam)

* na mocy porozumienia stron
* za moim wypowiedzeniem
* bez wypowiedzenia (z mojej winy)
* bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1.1 Kodeksu Pracy

Kierunki szkoleń jakimi jestem zainteresowany(a): ……………………………………………………………………………...

Wyrażam zainteresowanie podjęciem zatrudnienia w państwach UE / EOG

* TAK
* NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES

* TAK
* NIE

Zostałem(łam) pouczona(y) o konieczności zawiadomienia PUP za pośrednictwem formularza elektronicznego, udostępnionego w sposób określony w art. 55 ust. 2 pkt 1 albo osobiście w PUP, w którym jest zarejestrowany o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia.

**Zostałem(łam) pouczony(a) o obowiązku bezzwłocznego zawiadomienia PUP o każdej zmianie swojego miejsca zamieszkania. W razie zaniedbania powyższego obowiązku, doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny (art. 41 ust. 1 i 2 KPA)**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

* jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej / osobą niepełnosprawną, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy
* nie mam stałego źródła dochodu.

Informacje i dane przedstawione we wniosku o rejestrację jako bezrobotny składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń:

***„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.”***

………………………………………. data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

**REJESTRACJA NASTĄPIŁA W OPARCIU O DANE POZYSKANE Z SYSTEMU TELEINFORMATYCZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| **ZUS (U1)** |  |  |
| **KRUS** |  |  |
| **KRS** |  |  |
| **CEIDG** |  |  |
| **AC** |  |  |
| **KARTA DUŻEJ RODZINY** |  |  |

**Posiadany status** (dot. cudzoziemca)………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………

podpis pracownika dokonującego rejestracji

i sprawdzenia w ww. systemach

**WYPEŁNIA PRACOWNIK DOKONUJĄCY SPRAWDZENIA MERYTORYCZNEGO REJESTRACJI I UPRAWNIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| data rejestracji |  | |  | | zasiłek po karencji | | * TAK * NIE | |
| data udokumentowania zasiłku |  | |  | | okres uprawniający do zasiłku  (ogółem staż pracy) | |  | |
| okres zaliczany do nabycia zasiłku (w 18 miesiącach) |  | |  | | przyznana wysokość zasiłku dla bezrobotnych | | * 100% * 120% | |
| powrót na dopełnienie zasiłku | * TAK * NIE | |  | | status osoby samotnie wychowującej dziecko | | * TAK * NIE | |
| praca za granicą mająca wpływ na wysokość zasiłku | * TAK * NIE | |  | | karta dużej rodziny | | * TAK * NIE | |
| dłużnik alimentacyjny | * TAK * NIE | |  | | niepełnosprawność | | * TAK * NIE | |
|  | |  | |  | |  | |  |
| długość zasiłku dla bezrobotnych | | * 180 * 365   z uwagi na   * niepełnosprawność * bycie członkiem rodziny wielodzietnej posiadającej Kartę Dużej Rodziny * wiek powyżej 50. roku życia i 20 lat stażu pracy * samotne wychowywanie co najmniej jednego dziecka w wieku do 18. roku życia * samotne wychowywanie dziecka niepełnosprawnego do 24. roku życia, kontynuującego naukę w szkole lub uczelni i legitymującego się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności | | | | | | |

………………………………………………

podpis pracownika