

.....  
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**

1.	Jestem osobą: <b>zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy</b> obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej.		
2.	Jestem osobą: <b>niepełnosprawną zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia</b> co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy.		
3.	Przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA).		
4.	Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę <i>(w pełnym / niepełnym wymiarze czasu pracy)</i> .		
5.	Jestem osobą wykonującą inną pracę zarobkową <i>(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)</i> . (*niepotrzebne skreślić)		
6.	Kształcę się na studiach w systemie stacjonarnym tj. dziennym.		
7.	Jestem wpisana(y) do CEIDG jako osoba prowadząca działalność gospodarczą.		
8.	Zawiesiłem(łam) wykonywanie działalności gospodarczej (tj. zgłosiłem(łam) do CEIDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa).		
9.	We wniosku o wpis do CEIDG określiłem(am) dzień podjęcia działalności gospodarczej i nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia tej działalności.		
10.	Jestem osobą tymczasowo aresztowaną / odbywam karę pozbawienia wolności*. (*niepotrzebne skreślić)		
11.	Nabyłem zasiłek stały (na podstawie ustawy o pomocy społecznej).		
12.	Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (*niepotrzebne skreślić)		
13.	Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą rozumieniu ustawy Prawo Przedsiębiorców.		
14.	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)		
15.	Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w art. 300 ustawy KSH.		
16.	Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych.		
17.	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.		
18.	Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga.		

19.	Posiadam stałe źródło dochodu.		
a)	Nabyłem(łam) prawo do <b>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</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 8 lutego 2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy.		
b)	Nabyłem(łam) po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności, prawo do <b>nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego</b> .		
c)	Nabyłem(łam) prawo do <b>emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznanego przez zagraniczny organ</b> emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy.		
d)	<b>Uzyskuje miesięcznie przychód</b> w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. z tytułu wynajmu mieszkania, lokalu, garażu, innych).		
e)	Nabyłem(łam) prawo do <b>świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego</b> (na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych).		
f)	Nabyłem(łam) prawo do <b>zasiłku dla opiekuna</b> (na podstawie ustawy o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów).		
g)	Pobieram po ustaniu zatrudnienia <b>świadczenie szkoleniowe</b> .		
20.	Odbynam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuję z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.		
21.	Pełnię bez wynagrodzenia funkcję członka statutowych władz organizacji pozarządowej, o której mowa w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.		
22.	W innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
23.	Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów*). (*niepotrzebne skreślić)		
24.	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.		
25.	Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko.		
26.	Mój współmałżonek posiada status bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
27.	Posiadam Kartę Dużej Rodziny.		
28.	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (*należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności).		
29.	Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.		
30.	Liczba dzieci na utrzymaniu .....		
	Daty urodzenia .....		
	.....		
31.	Stan cywilny (*zaznaczyć właściwe)  <input type="checkbox"/> panna / kawaler <input type="checkbox"/> mężatka / żonaty <input type="checkbox"/> w separacji <input type="checkbox"/> wdowa / wdowiec <input type="checkbox"/> rozwiedziona(y) <input type="checkbox"/> 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.”

<b>Moje miejsce zamieszkania</b> .....
Adres korespondencyjny .....
Numer telefonu .....
Adres elektroniczny (e-mail) .....

## INFORMACJE dot. WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Posiadam wykształcenie		
<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> zawodowe	<input type="checkbox"/> wyższe I stopnia
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> wyższe II stopnia
<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące	<input type="checkbox"/> podyplomowe
<input type="checkbox"/> branżowe (I / II stopnia)	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> doktoranckie
Zawód wyuczony .....		
Zawód wykonywany .....		
Zawód, w którym chcę pracować .....		
Posiadam znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> TAK* (*wpisać jakie)	<input type="checkbox"/> NIE
.....		
Posiadam ukończone kursy / szkolenia	<input type="checkbox"/> TAK* (wpisać poniżej)	<input type="checkbox"/> NIE
.....		
.....		
Posiadam prawo jazdy	<input type="checkbox"/> TAK* (podkreślić poniżej)	<input type="checkbox"/> NIE
Kategoria: A B C D T (inne: B B+E C1 C1+E C+E D1 D1+E D+E)		

## INFORMACJE dot. SPOSOBU ROZWIĄZANIA OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

Ostatni stosunek pracy ustał:

- na mocy porozumienia stron
- za moim wypowiedzeniem
- za wypowiedzeniem przez pracodawcę
- bez wypowiedzenia (z mojej winy)
- bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1.1 Kodeksu Pracy
- z upływem czasu, na który była zawarta umowa

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) pouczone(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 jestem zarejestrowany o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia.

### 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”***

.....  
data i 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 UPRAWNIENÍ**

data rejestracji		zasilek po karencji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
data udokumentowania zasiłku		okres uprawniający do zasiłku (ogółem staż pracy)	
okres zaliczany do nabycia zasiłku (w 18 miesiącach)		przyznana wysokość zasiłku dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 120%
powrót na dopełnienie zasiłku w ramach art. 226 ust. 1 lub 3	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	status osoby samotnie wychowującej dziecko	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
praca za granicą mająca wpływ na wysokość zasiłku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	karta dużej rodziny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
dłużnik alimentacyjny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

długość zasiłku dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 365  <u>z uwagi na</u>  <input type="checkbox"/> niepełnosprawność <input type="checkbox"/> bycie członkiem rodziny wielodzietnej posiadającej Kartę Dużej Rodziny <input type="checkbox"/> wiek powyżej 50. roku życia i 20 lat stażu pracy <input type="checkbox"/> samotne wychowywanie co najmniej jednego dziecka w wieku do 18. roku życia <input type="checkbox"/> 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