**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO OSOBA BEZROBOTNA**

Legionowo, ……………………………………………..

…………………………………………………………………. ………………………………………………………………..
(imię i nazwisko) PESEL

W przypadku braku numeru PESEL: Płeć: □ K □ M

…………………………………………………………………. ………………………………………………………………..
(data i miejsce urodzenia) (rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wnoszę o uznanie mnie za osobę bezrobotną, jednocześnie oświadczając, że: | TAK | NIE |
| 1. | **Jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy** obowiązującym w danym zawodzie lub służbie |  |  |
| 2. | Jestem osobą niepełnosprawną, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy (należy przedłożyć aktualne orzeczenie o niepełnosprawności |  |  |
| 3. | Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę w pełnym / niepełnym\* wymiarze czasu pracy. |  |  |
| 4. | Wykonuję inną pracę zarobkową z ramach umowy zlecenia / umowy o dzieło / umowy agencyjnej / umowy 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.\* |  |  |
| 5. | Obecnie przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA). |  |  |
| 6. | Uczę się w szkole wyższej tj. studiuję w systemie stacjonarnym (dziennym). |  |  |
| 7. | Jestem zarejestrowany(na) w innym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna / poszukująca pracy.\* |  |  |
| 9. | Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej. |  |  |
| 10. | Zgłosiłem(-łam) wniosek o zawieszenie działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszczenie upłynął. |  |  |
| 11. | We wniosku o wpis do CEIDG określiłem(-łam) dzień rozpoczęcia działalności gospodarczeji nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia działalności. |  |  |
| 12. | Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie, na podstawie zgłoszenia do rejestrulub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga |  |  |
| 13. | Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej\* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. |  |  |
| 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. |  |  |
| 15. | Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w oddziale 4 rozdziału 3 K. S. H. |  |  |
| 16. | Jestem wpisany(-na) do Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców (KRS) / Stowarzyszeń / innej organizacji społecznej i zawodowej / fundacji / ZOZ\* |  |  |
| 17. | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności**(nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym, w systemie dozoru elektronicznego).** |  |  |
| 18. | Posiadam stałe źródło dochodu. |  |  |
| a) | Uzyskuję miesięcznie przychód podlegający opodatkowaniu na podstawie przepisówo podatku dochodowym od osób fizycznych, w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. wynajem mieszkania, lokalu, garażu, itp.) |  |  |
| b) | Nabyłem(-łam) prawo do emerytury / renty z tytułu niezdolności do podjęcia pracy\*, przyznanej przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy. |  |  |

str. 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| c) | Pobieram nauczycielskie świadczenie kompensacyjne / zasiłek przedemerytalny / świadczenie przedemerytalne / świadczenie rehabilitacyjne / zasiłek chorobowy / zasiłek macierzyński / inny zasiłek, w wysokości zasiłku macierzyńskiego.\* |  |  |
| d) | Nabyłem(-łam) prawo do emerytury / renty z tytułu niezdolności do pracy / renty szkoleniowej / renty socjalnej / renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.\* |  |  |
| e) | Pobieram świadczenie pielęgnacyjne / specjalny zasiłek opiekuńczy. |  |  |
| f) | Pobieram, na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekuna, zasiłekdla opiekuna. |  |  |
| g) | Pobieram po ustaniu zatrudnienia, świadczenie szkoleniowe. |  |  |
| 19. | Pobieram na podstawie przepisów o pomocy społecznej zasiłek stały. |  |  |
| 20. | Podlegam na podstawie odrębnych przepisów obowiązkowi ubezpieczenia społecznego. |  |  |
| 21. | Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m. in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. |  |  |
| 22. | Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS,z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów). |  |  |
| 23. | Odbywam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuję z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.  |  |  |
| 24. | Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej. |  |  |
| 25. | Jestem osobą korzystającą z Opieki Społecznej. |  |  |
| 26. | Jestem osobą samotnie wychowującą co najmniej jedno dziecko w wieku do 18 lat. |  |  |
| 27. | Mój małżonek / moja małżonka\* pozostaje w rejestrze bezrobotnych i poszukujących pracy. |  |  |
| 28. | Posiadam Kartę Dużej Rodziny. |  |  |
| 29. | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:□ Lekki□ Umiarkowany Symbol(-e) …………………□ Znaczny |  |  |
| 30. | Liczba dzieci na utrzymaniu ………………..………………………………………………………………. ………………………… …………………………….. (imię i nazwisko) (data urodzenia) (orzeczenie o niepełnosprawności: TAK lub NIE)…………………………………………………………….… ………………………… …………………………….. (imię i nazwisko) (data urodzenia) (orzeczenie o niepełnosprawności: TAK lub NIE)  ………………………………………………………………. ………………………… …………………………….. (imię i nazwisko) (data urodzenia) (orzeczenie o niepełnosprawności: TAK lub NIE) ………………………………………………………………. ………………………… …………………………….. (imię i nazwisko) (data urodzenia) (orzeczenie o niepełnosprawności: TAK lub NIE) |
| 31. | Mój stan cywilny:…………………………………………………………(panna / kawaler, mężatka / żonaty, wdowa / wdowiec, rozwódka / rozwodnik, w separacji orzeczonej wyrokiem sądu. |
| 32. | Małżonek / małżonka\* został(-a) pozbawiony(-na) praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności. |  |  |

………….……………………………………………………………..............data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

str. 2

**DANE ADRESOWE / DANE DO KONTAKTU**

**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.”*

**Oświadczam, że:**

Posiadam aktualne miejsce zamieszkania pod adresem:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
adres zamieszkania

Posiadam inny adres do korespondencji : □ TAK □ NIE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
adres korespondencyjny

Numer telefonu kontaktowego: Adres e-mail:

……………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………….

Adres ePUAP: Adres e-Doręczeń:

……………………………………………………….. …………………………………………………………………………………..............
W przypadku posiadania adresu e-Doręczeń, jego podanie jest OBOWIĄZKOWE

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej dane i informacje, są zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………………………………………………………………....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH**

Posiadam wykształcenie:
(zaznaczyć wszystkie posiadane poziomy wykształcenia, z wyłączeniem szkoły podstawowej i gimnazjum, jeśli jest ukończona szkoła co najmniej branżowa)

□ **podstawowe**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej szkoły

□ **gimnazjalne**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej szkoły

□ **branżowe I stopnia w zawodzie** ……………………………………………..…………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej szkoły

str. 3

□ **zasadnicze zawodowe w zawodzie** ………………………………………………….…………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej szkoły

□ **branżowe II stopnia w zawodzie** ……………………………………………..…………………………………………………………………………….……..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej szkoły

□ **średnie zawodowe w zawodzie** ………………………………………………………….………….…………………………………………………………….

………………………………………………………….………..………………………………………………………………………………………………………………..
Nazwa i data ukończonej szkoły

□ **średnie ogólnokształcące**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej szkoły

□ **policealne w zawodzie** ……………………..…………………………………………………………………………………………….……………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej szkoły

□ **wyższe I stopnia na kierunku** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej uczelni

□ **wyższe II stopnia na kierunku** ………………………..…………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Nazwa i data ukończonej uczelni

□ **podyplomowe na kierunku** ………………..………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………….………...………………………………………………………………………………………………………. Nazwa i data ukończonej uczelni

Posiadam / nie posiadam\* prawo jazdy kategorii:

□ A □ B □ C □ D □ T □ B + E □ C + E
□ D + E □ Tramwaj

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH: W MOWIE\*\* W PIŚMIE\*\*

……………………………………………. □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2

……………………………………………. □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2

……………………………………………. □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2

\* odpowiednie zaznaczyć

\*\* **A1** - początkujący, **A2** – niższy średnio zaawansowany, **B1** – średnio zaawansowany,  **B2** – wyższy średnio zaawansowany,
**C1** – zaawansowany, **C2** – biegły

str. 4

Zawody wykonywane:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ukończone kursy / szkolenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jestem zainteresowany(-na) pracą w zawodach:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jestem zainteresowany(-na) szkoleniami na kierunkach:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Zgadzam się na pracę w krajach UE / EOG: □ TAK □ NIE

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

 □ TAK □ NIE

**Pouczenie**

**Zobowiązuję się do zawiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia oraz do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, w przypadku niespełnienia warunków wymienionych w ustawie do jego pobierania.**

**Zostałem(-łam) pouczony(-na) o obowiązku:**

1. utrzymywania kontaktu z urzędem pracy co najmniej raz na 90 dni w celu potwierdzenia zainteresowania pomocą określoną w ustawie,
2. składania lub przesyłania pisemnego oświadczenia o przychodach – pod rygorem odpowiedzialności karnej, oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczeń przewidzianych w ustawie, w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów,
3. zawiadomienia urzędu pracy o zamierzonym wyjeździe za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości
do podjęcia pracy,
4. powiadomienia urzędu pracy o udziale (bez skierowania starosty) w szkoleniu lub stażu finansowanym z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych, organizowanych przez inny podmiot niż P. U. P. w terminie
7 dni od dnia rozpoczęcia szkolenia,
5. przedstawiania zaświadczeń o niezdolności do pracy wskutek choroby w terminie 2 dni od dnia wystawienia zaświadczenia, z wyjątkiem odbywania leczenia w zakładzie lecznictwa odwykowego,
6. zawiadomienia w ciągu 7 dni Powiatowego Urzędu Pracy o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej na podstawie umowy cywilnoprawnej niezależnie od okresu jej trwania (m. in. umowy zlecenia umowy o dzieło, umowy agencyjnej),
lub o złożeniu wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu osoby bezrobotnej, albo utratę prawa do zasiłku.

…………………………………………………………………………………….
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Zostałem(-łam) pouczony(-na), iż Powiatowy Urząd Pracy zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego, bezrobotnych niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, oraz, że zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny (nieposiadających innego tytułu ubezpieczenia) dokonuje się na wniosek Strony.

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny □ TAK □ NIE

…………………………………………………………………………………..data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

str. 5

Przedkładam nr rachunku bankowego, celem przekazywania świadczeń na rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa Urzędu Skarbowego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zostałem(-łam) pouczony(-na), że:

Zasiłek / dodatek aktywizacyjny / stypendium:

1. wypłaca się w okresach miesięcznych z dołu na rachunek płatniczy,
2. wysokość należnego świadczenia za niepełny miesiąc ustala się, dzieląc kwotę przysługującego zasiłku albo dodatku aktywizacyjnego przez 30 i mnożąc przez liczbę dni kalendarzowych, przypadających w okresie, za który przysługuje zasiłek albo dodatek aktywizacyjny.

Zasiłek albo dodatek aktywizacyjny wypłacany jest w terminach ustalonych przez PUP, nie później niż w ciągu 14 dni od dnia upływu okresu, za który świadczenie jest wypłacane.

Roszczenia do należnych a niepobranych kwot zasiłków i innych świadczeń finansowanych z Funduszu Pracy, ulegają przedawnieniu z upływem 12 miesięcy od dnia postawienia ich do dyspozycji osobom uprawnionym do ich pobrania.

**Podstawa prawna – art. 237 i 251 ust. 2 ustawy z dnia 20 marca 2025 r., o rynku pracy i służbach zatrudnienia.**

…………………………………………………………………………..………..data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Zostałem(-łam) poinformowany(-na) oraz zapoznałem(-łam) się z informacją o:

1. warunkach zachowania statusu bezrobotnego oraz o warunkach nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych,
w tym niezbędnych do tego dokumentach,
2. przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz o formach pomocy.

**„Jestem świadomy(-ma)** **odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że zostałem(-łam)
pouczony(-na) o warunkach zachowania statusu bezrobotnego oraz o przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających
z ustawy oraz o formach pomocy określonej w ustawie.”**

…………………………………………………………………………………….data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam odbiór:

1. informacji o przysługujących prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz formach pomocy określonych

w ustawie,

1. klauzuli informacyjnej RODO.

…………………………………………………………………………………....data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Zostałem(-łam) pouczony(-na) o konieczności zawiadomienia powiatowego urzędu pracy, za pośrednictwem formularza elektronicznego, udostępnionego w sposób określony w art. 55 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy albo osobiście w powiatowym urzędzie pracy, w którym jestem zarejestrowany(-na), o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia.

…………………………………………………………………………………….data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

str. 6

**Oświadczenie**

Oświadczam, że:

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

Informacje i dane przedstawione we wniosku o rejestrację jako bezrobotny(-na), składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

**„Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”**

…………………………………………………………………………………..data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

**WYPEŁNIA PRACOWNIK POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

|  |
| --- |
| Sprawdzono w systemach teleinformatycznych: |
|  | TAK | NIE |
| ZUS-U1 |  |  |
| AC |  |  |
| CEIDG |  |  |
| KRS |  |  |
| KRUS |  |  |
| KARTA DUŻEJ RODZINY |  |  |

Posiadany status cudzoziemca (jeśli dotyczy) ……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………….…………….
podpis pracownika rejestrującego

str. 7