

....., dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
pesel

.....  
obywatelstwo

**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNEGO**

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

zaznaczyć X  
**TAK NIE**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 1.  | Jestem osobą:<br><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:<br><b>niepełnosprawną zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia</b> co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy (*należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności).                                                                                                                                                            |  |  |
| 3.  | Przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 4.  | Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę ( w pełnym / niepełnym wymiarze czasu pracy).                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| 5.  | 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) |  |  |
| 6.  | Kształcę się na studiach w systemie stacjonarnym tj. dziennym.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| 7.  | Jestem wpisana(y) do CEIDG jako osoba prowadząca działalność gospodarczą.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
| 8.  | Zawiesiłam(łem) wykonywanie działalności gospodarczej (tj. zgłosiłam(łem) do CEIDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa).                                                                                                                                                                                             |  |  |
| 9.  | 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.                                                                                                                                                                                           |  |  |
| 10. | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną / odbywam karę pozbawienia wolności*. (*niepotrzebne skreślić), z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego                                                                                                                                                                  |  |  |
| 11. | Nabyłem zasiłek stały (na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2014r.o pomocy społecznej).                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| 12. | Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (*niepotrzebne skreślić)                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| 13. | Jest prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236, 1222 i 1871 oraz z 2025 r. poz. 222),                                                                                                                         |  |  |
| 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 300 <sup>73</sup> ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych,                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| 16. | Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych, z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników.                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |

|     |                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 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) | Nabyłam(łem) 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) | Nabyłam(łem) 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 – ja/mój współmałżonek</b> w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. z tytułu wynajmu mieszkania, lokalu, garażu, innych). Umowa do wglądu.                                                                                                                                                            |  |  |
| e) | Nabyłam(łem) prawo do <b>świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego</b> (na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych).                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
| f) | Nabyłam(łem) 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. | Jestem wpisany(a) do KRS - Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców / Stowarzyszeń / innej organizacji społecznej i zawodowej / Fundacji / ZOZ. (*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 21. | Odbynam praktykę absolwencką na podstawie ustawy z dnia 17 lipca 2009r. o praktykach absolwenckich.<br><i>Jeżeli TAK to należy przedłożyć umowę o praktykę absolwencką.</i> |  |  |
| 22. | Wykonuję pracę jako wolontariusz<br><i>Jeżeli TAK na należy przedłożyć porozumienie z korzystającym</i>                                                                     |  |  |
| 23. | W innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)                                                                        |  |  |
| 24. | Jestem właścicielem /współwłaścicielem gospodarstwa rolnego pow.1 ha przelicz.                                                                                              |  |  |
| 25. | Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów*). (*niepotrzebne skreślić)   |  |  |
| 26. | Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.                                                                                                                                    |  |  |

|     |                                                                                                                                                                                |  |  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 27. | Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko.                                                                                                                                     |  |  |
| 28. | Mój współmałżonek posiada status bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)                                                                                 |  |  |
| 29. | Posiadam Kartę Dużej Rodziny.                                                                                                                                                  |  |  |
| 30. | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> znaczny<br>Symbol ..... |  |  |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 31. | Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
| 32. | Liczba dzieci na utrzymaniu .....<br>Daty urodzenia .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 33. | Stan cywilny (*zaznaczyć właściwe)<br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> panna / kawaler</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> mężatka / żonaty</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> w separacji</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> wdowa / wdowiec</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> rozwiedziona(y)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności* (właściwe zaznaczyć)</div> </div> |  |  |

#### 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><br>..... |
| <b>Adres korespondencyjny</b><br>.....    |
| <b>Numer telefonu</b><br>.....            |
| <b>Adres elektroniczny</b><br>.....       |

#### INFORMACJE dot. WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Posiadam wykształcenie<br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> brak</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> zawodowe</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> wyższe I stopnia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> podstawowe</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> średnie zawodowe</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> wyższe II stopnia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> gimnazjalne</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> podyplomowe</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> branżowe (I / II stopnia)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> policealne</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> doktoranckie</div> </div> |
| <b>Zawód wyuczony</b><br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Zawód wykonywany</b><br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Zawód, w którym chcę pracować</b><br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Posiadam znajomość języków (*wpisać jakie)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

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

Zgoda na udział w badaniach rynku pracy

- ☐ 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

*Zostałem/am poinformowany/a, iż zgodnie z art. 10 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego posiadam prawo do czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji mam możliwość wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.*

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 czytelny podpis osoby bezrobotnej

## Wypełnia pracownik PUP

### 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                                          |                                                              | zasiłek po karencji                               | <input type="checkbox"/> TAK<br><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%<br><input type="checkbox"/> 120% |
| powrót na dopełnienie zasiłku w ramach art. 226 ust.1 i 3 | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE | status osoby samotnie wychowującej dziecko        | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE   |
| praca za granicą mająca wpływ na wysokość zasiłku         | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE | karta dużej rodziny                               | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE   |
| dłużnik alimentacyjny                                     | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE | niepełnosprawność                                 | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE   |

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