Włoszczowa, dnia ………………..

………………………………………. (data)

**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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.  |  |  |
|  | 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) ( nie dotyczy kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego) |  |  |
|  | 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 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, z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników. |  |  |
|  | 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 lub renty inwalidzkiej przyznawanej na podstawie ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy(…) . |  |  |
| 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) | **Uzyskuję miesięcznie przychód** w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. z tytułu wynajmu mieszkania, lokalu, garażu, innych).**Przez przychód rozumie się przychody z innego tytułu niż zatrudnienie, inna praca zarobkowa, działalność gospodarcza, zasiłek lub inne świadczenie wypłacane z Funduszu Pracy podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.** |  |  |
| 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) |  |  |
|  | 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 status bezrobotnego / poszukującego pracy\*. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 1. **2.**
 | Posiadam Kartę Dużej Rodziny. |  |  |
|  | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. * lekki
* umiarkowany Rodzaj …………………..
* znaczny
 |  |  |
|  | Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. |  |  |
|  | Liczba dzieci na utrzymaniu ……………….Imię nazwisko i data urodzenia ………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  | 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 adres e-mail …………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Adres elektroniczny ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**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……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Zawody wyuczone……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Zawody wykonywane……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Zawód, w którym chcę pracować ( **zawód, w którym osoba ubiegająca się o zarejestrowanie jako bezrobotny chciałaby pracować i ma ku temu odpowiednie kompetencje i kwalifikacje potwierdzone stosownymi dokumentami lub udokumentowaną ciągłość pracy w okresie minimum 3 miesięcy**)……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Posiadam znajomość języków (\*wpisać jakie i określić stopień) \* (stopień znajomości: A1 – początkujący, A2 – niższy średnio zaawansowany, B1 – średnio zaawansowany, B2 – wyższy średnio zaawansowany, C1 – zaawansowany, C2 - biegły) ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Posiadam ukończone kursy / szkolenia /uprawnienia  | * 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/wykonywania innej pracy zarobkowej/prowadzenia działalności gospodarczej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Podstawa wykonywania pracy** | **Okres** | **Nazwa pracodawcy** | **Wymiar czasu pracy** | **Stanowisko** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |

**Inne okresy zaliczane do okresu uprawniającego do zasiłku (**m. in: okresy związane z wojskiem, pobieranie renty z tytułu niezdolności do pracy, pobieranie świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj** | **Okres** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |

**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): ……………………………………………………………………………...

Proszę o przekazywanie przysługującego mi zasiłku dla bezrobotnych, na rachunek bankowy, którego jestem **właścicielem / współwłaścicielem\*.**

**\*właściwe podkreślić**

NR RACHUNKU BANKOWEGO

 **- - -**

 **- -**

NAZWA BANKU………………………………………………………………………………………

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

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

Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej, samorządowej lub na ich zlecenie

* 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.

**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**