

.....
imię i nazwisko.....
pesel

WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNEGO

(wypełnić drukowanymi)

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

zaznaczyć X
TAK NIE

1.	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.		
2.	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).		
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)		
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 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)		
14.	Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w oddziale 4 Rozdziału 3 KSH.		
15.	Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych.		
16.	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.		
17.	Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga.		
18.	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.		
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 .		

19.	Jestem wpisany(a) do KRS - Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców / Stowarzyszeń / innej organizacji społecznej i zawodowej / Fundacji / ZOZ. (*niepotrzebne skreślić)		
20.	Odbynam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.		
21.	W innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
22.	Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów*). (*niepotrzebne skreślić)		
23.	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.		

24.	Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko.		
25.	Mój współmałżonek posiada statusu bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
26.	Posiadam Kartę Dużej Rodziny.		
27.	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny Symbol		
28.	Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.		
29.	Liczba dzieci na utrzymaniu		
30.	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 dot. SPOSOBU ROZWIĄZANIA OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEG

Ostatni stosunek pracy rozwiązałem(łam)

- na mocy porozumienia stron
- z upływem czasu
- za moim wypowiedzeniem
- wypowiedzenie ze strony pracodawcy
- bez wypowiedzenia (z mojej winy)
- bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1.1 Kodeksu Pracy
- inne.....

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 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

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 UPRAWNIĘĆ

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. 73 ust. 5 lub 7	<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