**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO OSOBA BEZROBOTNA / POSZUKUJĄCA PRACY**

Legionowo, dnia ……………………………………

Ja, niżej podpisany(a)

…………………………………………………………………. PESEL ………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia:**1. w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub służbie
 |  |  |
| 1. w połowie wymiaru czasu, gdyż jestem osobą niepełnosprawną lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze
 |  |  |
| 2. | Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę w pełnym / niepełnym\* wymiarze czasu pracy. |  |  |
| 3. | Wykonuję inną pracę zarobkową z ramach umowy zlecenia / umowy o dzieło /umowy o pracę nakładczą.\* |  |  |
| 4. | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. |  |  |
| 5. | Obecnie przebywam na zwolnieniu lekarskim. |  |  |
| 6. | Uczę się w szkole wyższej tj. studiuję w systemie stacjonarnym (dziennym). |  |  |
| 7. | Jestem zarejestrowany(na) w innym urzędzie pracy. |  |  |
| 8. | Jestem w wieku emerytalnym – tj. ukończyłem(-łam) 60 lat (dot. kobiet) / 65 lat (dotyczy mężczyzn). |  |  |
| 9. | 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.\* |  |  |
| 10. | Pobieram nauczycielskie świadczenie kompensacyjne / zasiłek przedemerytalny / świadczenie przedemerytalne / świadczenie rehabilitacyjne / zasiłek chorobowy / zasiłek macierzyński / inny zasiłek, w wysokości zasiłku macierzyńskiego.\* |  |  |
| 11. | 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, o których mowa w ustawie z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. |  |  |
| 12. | Jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej o powierzchni …………………………………………. hektarów przeliczeniowych |  |  |
| 13. | Podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu lub rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek / domownik\* w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe. |  |  |
| 14. | Uzyskuję przychody podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej. |  |  |
| 15. | Podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu lub rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek / domownik\* w gospodarstwie zajmującym się działem specjalnym produkcji rolnej. |  |  |
| 16. | Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej. |  |  |
| 17. | Złożyłem(-łam) wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej i po złożeniu wniosku o wpis: |  |  |
|  | 1. zgłosiłem(-łam) wniosek i zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszcze nie upłynął
 |  |  |
| 1. nie upłynął jeszcze okres, do określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia działalności gospodarczej
 |  |  |

oświadczam, że: TAK NIE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 18. | Jestem wpisany(-na) do Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców (KRS) / Stowarzyszeń / innej organizacji społecznej i zawodowej / fundacji / ZOZ\* |  |  |
| 19. | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności **(nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym, w systemie dozoru elektronicznego).** |  |  |
| 22. | Uzyskuję miesięcznie przychód podlegający opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. wynajem mieszkania, lokalu, garażu, itp.) |  |  |
| 21. | Pobieram na podstawie przepisów o pomocy społecznej zasiłek stały. |  |  |
| 22. | Pobieram na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych: świadczenie pielęgnacyjne / dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania.\* |  |  |
| 23. | Pobieram po ustaniu zatrudnienia, świadczenie szkoleniowe. |  |  |
| 24. | Podlegam na podstawie odrębnych przepisów obowiązkowi ubezpieczenia społecznego. |  |  |
| 25. | Jestem wspólnikiem jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. |  |  |
| 26. | Jestem wspólnikiem spółki jawnej / komandytowej / partnerskiej.\* |  |  |
| 27. | Jestem członkiem rady nadzorczej. |  |  |
| 28. | Pobieram na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekuna – zasiłek dla opiekuna. |  |  |
| 29. | Jestem osobą korzystającej z opieki społecznej. |  |  |
| 30. | Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS,z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów). |  |  |
| 31. | Mój małżonek / moja małżonka\* pozostaje w rejestrze bezrobotnych i poszukujących pracy. |  |  |
| 32. | Posiadam co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia.……………………………………………………………………………………………………………………………………..imię i nazwisko dziecka oraz data urodzenia |  |  |
| 33. | Jestem osobą samotnie wychowującą co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat. |  |  |
| 34. | Proszę o wydruk egzemplarza karty rejestracyjnej |  |  |
| 35. | Liczba dzieci na utrzymaniu: …………………………… |
| 36. | Mój stan cywilny:…………………………………………………………(panna / kawaler, mężatka / żonaty, wdowa / wdowiec, rozwódka / rozwodnik,w separacji orzeczonej wyrokiem sądu. |

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

\*niepotrzebne skreślić

**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 stałe miejsce zameldowania pod adresem:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
adres zameldowania stałego

Nie posiadam stałego miejsca zameldowania, ale aktualnie przebywam pod adresem:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
adres miejsca pobytu

Posiadam adres zameldowania tymczasowego TAK / NIE\*

…………………………………………………………………………………………………………………………… do dnia ………………………………………
adres zameldowania tymczasowego (dd-mm-rrrr)

Posiadam inny adres do korespondencji TAK / NIE\*

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

Numer telefonu kontaktowego: Adres e-mail:

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

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

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

\*niepotrzebne skreślić

**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

□ **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:
(odpowiednie zaznaczyć)

□ 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

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

Jestem zainteresowany(-na) pracą w zawodach:

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

Jestem zainteresowany(-na) szkoleniami na kierunkach:

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

Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy: □ TAK □ NIE

Zgadzam się na pracę w krajach UE / EOG: □ 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. zgłaszania się w wyznaczonych terminach w Powiatowym Urzędzie Pracy,
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 w terminie 7 dni od wyznaczonego terminu o uzasadnionej przyczynie niestawiennictwa,
5. 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,
6. przedstawiania zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby lub opieki nad chorym członkiem rodziny na druku ZUS ZLA, z wyjątkiem odbywania leczenia w zamkniętym ośrodku odwykowym,
7. 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.

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z brzmieniem art. 119 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.) *„Bezrobotny, który podjął zatrudnienie, inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą bez powiadomienia o tym właściwego powiatowego urzędu pracy* ***podlega karze grzywny.****”*

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

Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę na przekazywanie świadczeń na rachunek bankowy nr:

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

Nazwa Urzędu Skarbowego ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………..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

Potwierdzam odbiór:

1. informacji o przysługujących prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz formach pomocy określonych w ustawie,
2. klauzuli informacyjnej RODO.

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

**Pouczenie**(art. 233 Kodeksu Karnego)

*„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym
na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy
do lat 8.”*

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie
w trakcie rejestracji dane są zgodne ze stanem faktycznym, oraz zostałem(-łam) pouczony(-na) o warunkach zachowania statusu osoby bezrobotnej.**

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

**WYPEŁNIA PRACOWNIK POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

Sprawdzono w Aplikacji Centralnej Sprawdzono raport ZUS U1
systemu Syriusz

…………………………………………………… ………………………………………..
podpis osoby rejestrującej podpis osoby rejestrującej