

WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO OSOBA BEZROBOTNA / POSZUKUJĄCA PRACY

Legionowo, dnia

Ja, niżej podpisany(a)

..... PESEL

oświadczam, że:

TAK NIE

1.	Jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia:		
	a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub służbie		
	b) 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. studiuje 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:		
	a) zgłosiłem(-łam) wniosek i zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszcze nie upłynął		
	b) nie upłynął jeszcze okres, do określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia działalności gospodarczej		

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 korzystającą 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

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

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) pouczone(-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 systemu Syriusz

Sprawdzono raport ZUS U1

.....
podpis osoby rejestrującej

.....
podpis osoby rejestrującej