

OŚWIADCZENIE REJESTROWANEGO

	TAK	NIE*
1. Jestem osobą niezatrudnioną i nie wykonuję innej pracy zarobkowej	☐	☐
2. Jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub danej służbie	☐	☐
3. Jestem osobą niepełnosprawną, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia, co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub danej służbie	☐	☐
4. Pobieram naukę w systemie stacjonarnym, z wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych, branżowej szkole II stopnia w formie stacjonarnej lub zaocznej, w szkole policealnej w formie stacjonarnej lub zaocznej albo w szkole artystycznej realizującej wyłącznie kształcenie artystyczne	☐	☐
5. Posiadam stałe źródło dochodu tzn. :		
a) nabyłem/am 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 żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia zwanego dalej „świadczeniem pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych”, lub renty inwalidzkiej przyznawanej na podstawie ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy (...) lub ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin.	☐	☐
b) nabyłem/am prawo do zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, świadczenia rehabilitacyjnego, świadczenia szkoleniowego, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego - po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności	☐	☐
c) nabyłem/am 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, o których mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z FUS	☐	☐
d) uzyskuję miesięcznie przychód w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych lub rachunkach członka spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej	☐	☐
e) nabyłem na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego	☐	☐
f) nabyłem na podstawie ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów prawo do zasiłku dla opiekuna	☐	☐
6. Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej	☐	☐
Jeżeli TAK to proszę podać:		
- datę wpisu do ewidencji działalności gospodarczej		
- datę rozpoczęcia działalności gospodarczej		
- datę zawieszenia działalności gospodarczej na okres od..... do.....		
7. Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych, z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników	☐	☐
8. Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego	☐	☐
9. Nabyłem/am, na podstawie przepisów o pomocy społecznej zasiłek stały	☐	☐
10. Jestem członkiem zarządu, prokurentem, członkiem rady nadzorczej lub likwidatorem spółki kapitałowej w rozumieniu Kodeksu spółek handlowych	☐	☐
11. Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy Prawo Przedsiębiorców	☐	☐
12. 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	☐	☐
13. Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w Kodeksie spółek handlowych	☐	☐

	TAK	NIE*
14. Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwie członkowskim Unii Europejskiej, w państwie Europejskiego Obszaru Gospodarczego nienależącego do Unii Europejskiej, w państwie niebędącym stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej	☐	☐
15. Prowadzę działalność gospodarczą w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga	☐	☐
16. Rozpocząłem/am realizację indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego lub podpisałem/am kontrakt socjalny (art. 65 ust 1 pkt 6)	☐	☐
17. Otrzymałem/am jednorazowy ekwiwalent pieniężny za urlop górniczy lub po upływie tego okresu jednorazową odprawę socjalną, zasiłkową, pieniężną po zasiłku socjalnym	☐	☐
lub jednorazową odprawę warunkową	☐	☐
lub odprawę pieniężną bezwarunkową	☐	☐
lub odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia umowy o pracę	☐	☐
18. Jestem zarejestrowany/a w innym urzędzie pracy	☐	☐
19. Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego zasiłku, stypendium lub innego świadczenia pieniężnego finansowanego z Funduszu Pracy w przypadku otrzymania za ten sam okres emerytury, świadczenia przedemerytalnego, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, renty socjalnej, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego jeżeli organ rentowy, który przyznał świadczenie, nie dokonał stosownych potrąceń	☐	☐
20. Zobowiązuję się do zawiadamiania PUP za pośrednictwem formularza elektronicznego lub osobiście 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	☐	☐
21. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu Jeżeli TAK podać z jakiego tytułu	☐	☐
22. Posiadam Kartę Dużej Rodziny	☐	☐
23. Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny	☐	☐
24. Jestem dłużnikiem alimentacyjnym	☐	☐
25. Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej	☐	☐
26. Współmałżonek jest obecnie zarejestrowany jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy Jeżeli TAK proszę podać:	☐	☐
imię i nazwisko		
datę urodzenia		
29. Korzystam ze świadczeń pieniężnych lub niepieniężnych z pomocy społecznej Jeżeli TAK proszę podać:	☐	☐
- rodzaj świadczenia		
- okres na jaki zostało przyznane od do		

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

Oświadczenie należy podpisać w obecności pracownika powiatowego urzędu pracy

..... podpis pracownika PUP	 data	 podpis osoby rejestrowanej
--------------------------------	---------------	-------------------------------------

* należy wstawić (X) w puste pole