

.....
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

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 KOPIĘ aktualnego 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.		

		TAK	NIE
a)	Nabyłam(łem) 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 wpisana(y) do KRS - Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców/Stowarzyszeń/innej organizacji społecznej i zawodowej/ Fundacji/ ZOZ*. (*niepotrzebne skreślić)		
20.	Odbytam 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. ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny		
28.	Posiadam dzieci na utrzymaniu: 1..... data urodzenia..... 2.....data urodzenia..... 3..... data urodzenia..... 4.....data urodzenia..... 5.....data urodzenia..... 6.....data urodzenia..... 7.....data urodzenia..... 8.....data urodzenia.....		

29.

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny, **nie podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu:**

Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Czy dziecko w wieku powyżej 18 lat kształci się ? (TAK / NIE)	Stopień niepełnosprawności* (jeśli orzeczone)	Czy zamieszkuje wspólnie z wnioskodawcą? (TAK / NIE)

W przypadku dzieci, które ukończyły 18 rok życia należy dołączyć zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki.

Zobowiązuję się do poinformowania tutejszego Urzędu o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny, w tym o podjęciu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, uzyskaniu innego tytułu do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub o zakończeniu nauki przez zgłoszone przeze mnie dziecko, które ukończyło 18 rok życia, zmiany stopnia niepełnosprawności **w terminie do 7 dni od zaistnienia okoliczności powodujących zmianę.**

Pouczenie:

Zgodnie z art. 193 ust. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022r. poz 2561 z późn. zm.):

„Kto (...) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny (...) podlega karze grzywny.”

30. Stan cywilny (*zaznaczyć właściwe)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ panna/kawaler | ☐ mężatka/żonaty | ☐ w separacji |
| ☐ wdowa/wdowiec | ☐ rozwiedziona(y) | ☐ małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności |

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 i adres e-mail do kontaktu

.....

Adres elektroniczny (e-doręczenia, indywidualne konto na portalu praca.gov.pl, itp.)

.....

INFORMACJE DOT. WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Posiadam wykształcenie

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ brak | ☐ zawodowe | ☐ wyższe I stopnia |
| ☐ podstawowe | ☐ średnie zawodowe | ☐ wyższe II stopnia |
| ☐ gimnazjalne | ☐ średnie ogólnokształcące | ☐ podyplomowe |
| ☐ branżowe (I/II stopnia) | ☐ policealne | ☐ doktoranckie |

Zawód wyuczony

.....

Zawód wykonywany

.....

Zawód, w którym chcę pracować

.....

Posiadam znajomość języków obcych

- | | | | |
|----------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| a) | ☐ początkujący | ☐ średnio zaawansowany | ☐ zaawansowany |
| b) | ☐ początkujący | ☐ średnio zaawansowany | ☐ zaawansowany |
| c) | ☐ początkujący | ☐ średnio zaawansowany | ☐ zaawansowany |

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)

INFORMACJE DOT. SPOSOBU ROZWIĄZANIA OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY/STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

Ostatni stosunek pracy rozwiązałam(łem)

- ☐ na mocy porozumienia stron
- ☐ za moim wypowiedzeniem
- ☐ bez wypowiedzenia (z mojej winy)
- ☐ bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1.1 Kodeksu Pracy

Adnotacje pracownika Powiatowego Urzędu Pracy: