……………….., dnia ………………..

…………………………………………………

imię i nazwisko

………………………………………………..

pesel

**WNIOSEK O REJESTRACJĘ BEZROBOTNEGO**

Wnoszę o rejestrację jako bezrobotny i jednocześnie oświadczam, że:

 zaznaczyć X

 **TAK NIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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. |  |  |
|  | Jestem osobą:**niepełnosprawną zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia** co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy. |  |  |
|  | Przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA). |  |  |
|  | Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę *(w pełnym / niepełnym wymiarze czasu pracy).* |  |  |
|  | 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) |  |  |
|  | Kształcę się na studiach w systemie stacjonarnym tj. dziennym.  |  |  |
|  | Jestem wpisana(y) do CEIDG jako osoba prowadząca działalność gospodarczą. |  |  |
|  | Zawiesiłam(łem) wykonywanie działalności gospodarczej (tj. zgłosiłam(łem) do CEIDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa). |  |  |
|  | 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. |  |  |
|  | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną / odbywam karę pozbawienia wolności\*. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Nabyłem zasiłek stały (na podstawie ustawy o pomocy społecznej). |  |  |
|  | Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej\* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą rozumieniu ustawy Prawo Przedsiębiorców. |  |  |
|  | 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) |  |  |
|  | Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w art. 300 ustawy KSH. |  |  |
|  | Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych. |  |  |
|  | Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. |  |  |
|  | Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga. |  |  |
|  | 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.** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Odbywam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. |  |  |
|  | Pełnię bez wynagrodzenia funkcję członka statutowych władz organizacji pozarządowej, o której mowa w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. |  |  |
|  | W innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy\*. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów\*). (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej. |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **2.**
 | Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko. |  |  |
| 1. **2.**
 | Mój współmałżonek posiada status bezrobotnego / poszukującego pracy\*. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 1. **2.**
 | Posiadam Kartę Dużej Rodziny. |  |  |
|  | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (\*należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności). |  |  |
|  | Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. |  |  |
|  | Liczba dzieci na utrzymaniu ………………. Daty urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | Stan cywilny (\*zaznaczyć właściwe) |
|  | * panna / kawaler
* wdowa / wdowiec
 | * mężatka / żonaty
* rozwiedziona(y)
 | * w separacji
* małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności\* (niepotrzebne skreślić)
 |

**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 razie zaniedbania ww.  obowiązku  doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.*

|  |
| --- |
| **Moje miejsce zamieszkania**……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Adres do doręczeń……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Numer telefonu …………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Adres elektroniczny ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**INFORMACJE dot. WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI** **ZAWODOWYCH**

|  |
| --- |
| Posiadam wykształcenie |
| * brak
* podstawowe
* gimnazjalne
* branżowe (I / II stopnia)
 | * zawodowe
* średnie zawodowe
* średnie ogólnokształcące
* policealne
 | * wyższe I stopnia
* wyższe II stopnia
* podyplomowe
* doktoranckie
 |
| Zawód wyuczony ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Zawód wykonywany……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Zawód, w którym chcę pracować ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Posiadam znajomość języków (\*wpisać jakie)……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Posiadam ukończone kursy / szkolenia  | * 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 SŁUŻBOWEG**

Ostatni stosunek pracy rozwiązałem(łam)

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

Kierunki szkoleń jakimi jestem zainteresowany(a): ……………………………………………………………………………...

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) pouczona(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”***

………………………………………. data i 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 UPRAWNIEŃ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| data rejestracji  |  |  | zasiłek po karencji  | * TAK
* NIE
 |
| data udokumentowania zasiłku  |  |  | okres uprawniający do zasiłku (ogółem staż pracy) |  |
| okres zaliczany do nabycia zasiłku (w 18 miesiącach) |  |  | przyznana wysokość zasiłku dla bezrobotnych  | * 100%
* 120%
 |
| powrót na dopełnienie zasiłku w ramach art. 73 ust. 5 lub 7 | * TAK
* NIE
 |  | status osoby samotnie wychowującej dziecko | * TAK
* NIE
 |
| praca za granicą mająca wpływ na wysokość zasiłku | * TAK
* NIE
 |  | karta dużej rodziny  | * TAK
* NIE
 |
| dłużnik alimentacyjny | * TAK
* NIE
 |  | niepełnosprawność  | * TAK
* NIE
 |
|  |  |  |  |  |
| długość zasiłku dla bezrobotnych | * 180
* 365

z uwagi na* niepełnosprawność
* bycie członkiem rodziny wielodzietnej posiadającej Kartę Dużej Rodziny
* wiek powyżej 50. roku życia i 20 lat stażu pracy
* samotne wychowywanie co najmniej jednego dziecka w wieku do 18. roku życia
* 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

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1) Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie( adres ul. Składowa 4, 88400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu:52 303 11 26).

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie na adres Administratora.

3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, rejestracji i ustalania statusu, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, wydawania decyzji w zakresie statusu i prawa do świadczeń, prowadzenia postępowań kontrolnych i egzekucyjnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych niezbędnych do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 marca 2025 r . o rynku pracy i służbach zatrudnienia, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. ,Ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki Zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych celów określonych w przepisach. W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych(art. 6 ust. 1 lit. a RODO).Udostępnione dobrowolne dane będą przetwarzane w celu realizacji ww. zadań.

4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj.50 lat. Natomiast w przypadku danych podanych dobrowolnie- co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.

5) Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.

6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;

c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

d) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody ( art.6 ust. 1 lit. a RODO) -prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody( art. 6 ust. 1 lit. a RODO) – prawo do usunięcia danych;

f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);

8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.

9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.