

....., dnia

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO OSOBA BEZROBOTNA

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 do wglądu aktualne 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.	Nabyłam 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.		

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 .		

19.	Jestem wpisany(a) do KRS - Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców / Stowarzyszeń / innej organizacji społecznej i zawodowej / Fundacji / ZOZ. (*niepotrzebne skreślić)		
20.	Odbynam 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 Symbol		
28.	Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.		
29.	Liczba dzieci na utrzymaniu Daty urodzenia		

	
30.	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 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
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) pouczone(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 odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że zostałem pouczone(y) o warunkach zachowania statusu bezrobotnego oraz o przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz o formach pomocy określonych w ustawie.”

.....
data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

Oświadczam, że jestem właścicielem/współwłaścicielem* rachunku bankowego prowadzonego w złotych

W
(nazwa banku)

		-				-				-				-				-				-						
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Należne mi kwoty świadczeń przyznanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Żorach proszę przekazać na wskazany rachunek bankowy.
Powyższa dyspozycja jest ważna do momentu przedłożenia pisemnej zmiany.

.....
(podpis bezrobotnego)

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 <u>z uwagi na</u> ☐ 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