Przysucha, dnia ………………..

**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNEGO**

Wnoszę o uznanie mnie za osobę bezrobotną.

1. **Dane osobowe**

|  |
| --- |
| Nazwisko |
| Imię (imiona) |
| Obywatelstwo |
| PESEL |
| **W przypadku braku numeru PESEL podać następujące dane:**  Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………..  Płeć ………………………………………………………………………………………..  Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ……………………………………………………………………………………………… |
| Stan cywilny (\*zaznaczyć właściwe)   * panna / kawaler * mężatka/żonaty * wdowa / wdowiec * rozwiedziona(y) * w separacji * małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich * małżonek odbywa karę pozbawienia wolności |
| Liczba dzieci na utrzymaniu …………………..  Data urodzenia dziecka/dzieci:  1…………………………………………………………………………………………….  2…………………………………………………………………………………………….  3…………………………………………………………………………………………….  4……………………………………………………………………………………………. |

1. **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 do doręczeń |
| Numer telefonu |
| Adres elektroniczny |
| Inne dane kontaktowe (jeżeli dotyczy) |

1. **Informacje dotyczące wykształcenia i kwalifikacji zawodowych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Posiadam wykształcenie | | |
| * brak * podstawowe * gimnazjalne * branżowe I stopnia * branżowe II stopnia | * zawodowe * średnie zawodowe * średnie ogólnokształcące * policealne | * wyższe I stopnia * wyższe II stopnia * podyplomowe * doktoranckie |
| Ukończone szkoły  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód wyuczony  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód wykonywany  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód, w którym chcę pracować  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Znajomość języków obcych oraz ich poziom znajomości (\*wpisać jakie)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  Poziom znajomości języków obcych:  A1 – początkujący  A2 – niższy średnio zaawansowany  B1 – średnio zaawansowany  B2 – wyższy średnio zaawansowany  C1 – zaawansowany  C2 - biegły | | |
| Uprawnienia, ukończone szkolenia, kwalifikacje:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| 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) | | |

1. Rodzaj i stopień niepełnosprawności **(jeżeli dotyczy)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Okresy zatrudnienia, wykonywania innej pracy zarobkowej i opłacania składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności oraz inne okresy zaliczane do okresu uprawniającego do zasiłku w załączniku **(zestawienie okresów zaliczanych osoby).**
2. **Informacje dotyczące sposobu rozwiązania ostatniego stosunku pracy/stosunku służbowego**

Ustanie ostatniego stosunku pracy nastąpiło:

* na mocy porozumienia stron
* za moim wypowiedzeniem
* za wypowiedzeniem pracodawcy
* bez wypowiedzenia (z mojej winy)
* bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1.1 Kodeksu Pracy
* z upływem czasu
* inne jakie? …………………………………………………………………………………………………………….

1. Kierunki szkoleń jakimi jestem zainteresowany(a)

……………………………………………………………………………..…………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wyrażam zainteresowanie podjęciem zatrudnienia w państwach UE / EOG

* TAK
* NIE

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES

* TAK
* NIE

1. **Wnoszę o przekazywanie należnych mi świadczeń pieniężnych na rachunek płatniczy**

**(rachunek bankowy w walucie polskiej)**

1. 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 orzeczono)** | **Czy zamieszkuje wspólnie z wnioskodawcą?**  **(TAK/NIE)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*) należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

**Do wniosku o zgłoszenie członka rodziny należy dołączyć:**

* do wglądu akt urodzenia dziecka/dzieci lub dowód osobisty (w przypadku pierwszego zgłaszania);
* do wglądu odpis aktu małżeństwa (w przypadku pierwszego zgłaszania);
* zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia

**OŚWIADCZENIE:**

Zobowiązuję się do poinformowania tutejszego Urzędu o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny, w tym o podjęciu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, uzyskania 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 późniejszymi zmianami):

*„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.”***

# INFORMACJA

Za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uważa się :

1. **dziecko** własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka :

# do ukończenia 18 lat**;**

* + **dziecko powyżej 18 roku życia**, które uczy się dalej w szkole lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej, nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia;
  + **każde dziecko (bez względu na wiek)**, które posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi.

# małżonka**;**

# krewnych wstępnych, pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.\*

**Ważne!** Dziadkowie mogą zgłosić wnuka tylko wtedy, gdy żaden z jego rodziców nie jest:

1. objęty obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym,
2. uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek;
3. objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.
4. **Posiadany status** (dot. cudzoziemca)……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **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 (z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników) |  |  |
|  | 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 lub żołnierzy zawodowych. |  |  |
| 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) 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) | 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 statusu bezrobotnego / poszukującego pracy\*. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 1. **2.** | Posiadam Kartę Dużej Rodziny. |  |  |
|  | Pełnię służbę wojskową  Jeśli tak to jaką ………………………………………………………………………………. |  |  |
|  | Złożyłam(łem) wniosek o przyznanie świadczenia do innego organu np. ZUS, KRUS, GOPS itp.  Jeśli TAK to proszę podać rodzaj świadczenia ………………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |

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