

....., dnia

.....
imię (imiona) i nazwisko

.....
PESEL (w przypadku braku - data i miejsce urodzenia, płeć, rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

.....
obywatelstwo lub obywatelstwa

WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNEGO

Zgodnie z art. 55 ust. 10 Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 r., poz. 620): „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. 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 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 w systemie stacjonarnym tj. dziennym.		
7.	Jestem wpisana(y) do CEIDG jako osoba prowadząca działalność gospodarczą.		
8.	Jestem wpisana(y) do CEIDG jako prokurent lub pełnomocnik przedsiębiorcy.		
9.	Zawiesiłam(łem) wykonywanie działalności gospodarczej (tj. zgłosiłam(łem) do CEIDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa).		
10.	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.		
11.	Jestem osobą tymczasowo aresztowaną / odbywam karę pozbawienia wolności*. (*niepotrzebne skreślić)		
12.	Nabyłam(łem) prawo do zasiłku stałego (na podstawie ustawy o pomocy społecznej).		
13.	Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (*niepotrzebne skreślić)		
14.	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)		
15.	Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w art. 300 Kodeksu Spółek Handlowych.		
16.	Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych (z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników).		
17.	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, niebędących stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, którzy mogą korzystać ze swobody przepływu osób na podstawie umów zawartych przez te państwa z Unią Europejską i jej państwami członkowskimi,		

18.	Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie niż Rzeczypospolita Polska na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga.		
19.	Prowadzę działalność nierejestrowaną.		
20.	Posiadam stałe <u>źródło dochodu</u> :		
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, renty inwalidzkiej.		
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 podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, 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 .		
21.	Jestem wolontariuszem		
22.	Jestem wpisany(a) do KRS - Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców / Stowarzyszeń / innej organizacji społecznej i zawodowej / Fundacji / ZOZ. (*niepotrzebne skreślić)		
23.	Odbynam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.		
24.	W innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
25.	Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów*). (*niepotrzebne skreślić)		
26.	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.		
27.	Posiadam okres zatrudnienia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej Kraj:Okres zatrudnienia:		
28.	Stan cywilny:.....	X	X
29.	Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko.		
30.	Mój współmałżonek posiada status bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
31.	Posiadam Kartę Dużej Rodziny.		
32.	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny Symbol		

33.	Liczba dzieci na utrzymaniu: Daty urodzenia:
34.	Wnioskuje o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny: Imię i Nazwisko: stopień pokrewieństwa..... nr PESEL stopień pokrewieństwa..... nr PESEL stopień pokrewieństwa..... nr PESEL stopień pokrewieństwa..... nr PESEL stopień pokrewieństwa..... nr PESEL stopień pokrewieństwa..... nr PESEL Zobowiązuję się do powiadomienia PUP w Poznaniu o nabyciu przez współmałżonka lub członka mojej rodziny prawa do ubezpieczenia z innego tytułu oraz przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje oraz zgłoszonych przeze mnie osób.

INFORMACJE ADRESOWE, DANE KONTAKTOWE I INNE

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 obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.”

Moje miejsce zamieszkania
Adres korespondencyjny
Numer telefonu
Adres elektroniczny
Urząd Skarbowy:
Numer rachunku bankowego:

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 SŁUŻBOWEGO

Ostatni stosunek pracy rozwiązałem(łam):

- ☐ na mocy porozumienia stron
- ☐ za moim wypowiedzeniem
- ☐ bez wypowiedzenia (z mojej winy) art. 52 Kodeksu Pracy
- ☐ bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1.1 Kodeksu Pracy

Kierunki szkoleń jakimi jestem zainteresowany(a):

Wyrażam zainteresowanie podjęciem zatrudnienia w państwach UE / EOG w ramach sieci EURES

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Zostałem(łam) pouczone(a) o obowiązku zawiadomienia PUP o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia. Zawiadomienie składa się za pośrednictwem formularza elektronicznego, udostępnionego w sposób określony w art. 55 ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 r., poz. 620) albo osobiście w PUP, w którym jest zarejestrowany.

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 pouczoney o warunkach zachowania statusu bezrobotnego oraz o przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz o formach pomocy określonych w ustawie.” – art. 60 pkt 2 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

.....
data i czytelny podpis osoby bezrobotnej