

....., dnia

.....
imię (imiona) i nazwisko

.....
PESEL

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 pełnego wymiaru czasu pracy.		
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.		
12.	Jestem członkiem zarządu/prokurentem/członkiem rady nadzorczej/likwidatorem spółki kapitałowej* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (*niepotrzebne skreślić)		
13.	Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą rozumieniu ustawy Prawo Przedsiębiorców.		
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 ustawy Kodeksu Spółek Handlowych.		

16.	Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych.		
17.	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.		
18.	Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga.		

19.	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, renty inwalidzkiej lub świadczenia pieniężnego, o którym mowa w ustawie z dnia 8 lutego 2023 r. <i>o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy.</i>		
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.		

20.	Odbywam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.		
21.	Pełnię bez wynagrodzenia funkcję członka statutowych władz organizacji pozarządowej, o której mowa w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. <i>o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.</i>		
22.	W innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego/poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
23.	Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów*). (*niepotrzebne skreślić)		
24.	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.		
25.	Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko.		
26.	Mój współmałżonek posiada statusu bezrobotnego/poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
27.	Posiadam Kartę Dużej Rodziny.		
28.	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Rodzaj i stopień niepełnosprawności (*należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności).		

29.	Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego: (należy wskazać imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu, stopień pokrewieństwa) 		
30.	Liczba dzieci na utrzymaniu Daty urodzenia:,,,, ☐ małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności		
31.	Stan cywilny (zaznaczyć właściwe) ☐ panna / kawaler ☐ mężatka / żonaty ☐ w separacji ☐ wdowa / ☐ rozwiedziona(y) wdowiec		
32.	Obywatelstwo:		
33.	Status cudzoziemca:		

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.”

Miejsce zamieszkania:
Adres korespondencyjny:
Numer telefonu
Adres elektroniczny (e-mail):

INFORMACJE dot. WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Posiadam wykształcenie (zaznaczyć właściwe)

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

Ukończone szkoły:

.....

.....

.....

Zawód wyuczony

.....

Zawód wykonywany

.....

Zawód, w którym chcę pracować

.....

Posiadam znajomość języków (wpisać jakie oraz poziom ich znajomości):

.....

.....

Posiadam ukończone kursy
szkolenia

- ☐ TAK (wpisać poniżej) ☐ NIE

.....

.....

.....

Posiadam uprawnienia:

.....

Posiadam prawo jazdy

☐ TAK (zakreślić poniżej)

☐ NIE

Kategoria: A B C D T (inne: B B+E C1 C1+E C+E D1 D1+E D+E)

Kierunki szkoleń jakimi jestem zainteresowany(a):

.....

OKRESY ZATRUDNIENIA (należy podać nazwę pracodawcy, zajmowane stanowisko pracy, wymiar czasu pracy i podstawę wykonywania pracy):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

INFORMACJE dot. SPOSOBU ROZWIĄZANIA OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY/STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

Ostatni stosunek pracy rozwiązałem(łam):

- ☐ z upływem czasu
- ☐ na mocy porozumienia stron
- ☐ na mocy porozumienia stron z powodu zmiany miejsca zamieszkania
- ☐ na mocy porozumienia z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy
- ☐ za moim wypowiedzeniem
- ☐ za wypowiedzeniem pracodawcy
- ☐ bez wypowiedzenia (z mojej winy)
- ☐ bez wypowiedzenia z przyczyn niezawinionych, jakich
- ☐ bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy
- ☐ inny sposób rozwiązania stosunku pracy, jaki

OKRESY WYKONYWANIA INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ I OPŁACANIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE Z TYTUŁU PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI:

1.
2.
3.
4.
5.

INNE OKRESY ZALICZANE DO OKRESU UPRAWNIAJĄCEGO DO ZASIŁKU (np. okres pobierania po ustaniu zatrudnienia zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego):

1.
2.
3.
4.
5.

NUMER RACHUNKU PŁATNICZEGO (celem wypłaty świadczeń):

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

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.