

Wniosek o dokonanie rejestracji jako osoba bezrobotna

I. Dane osobowe

1. Imię (imiona):.....
2. Nazwisko:.....
3. Obywatelstwo/a:.....
4. Informacja o posiadanym statusie (dotyczy cudzoziemca):.....
.....
5. PESEL:....., a w przypadku jego braku – data i miejsce urodzenia, płeć, rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
6. Stan cywilny (zaznaczyć właściwe)
 - panna / kawaler
 - mężatka / żonaty
 - wdowa / wdowiec
 - rozwiedziona/rozwiedziony
 - w separacji
7. Małżonek pozostaje w rejestrze osób bezrobotnych albo poszukujących pracy:
Tak / Nie / Nie dotyczy (właściwe zakreślić)
8. Liczba dzieci na utrzymaniu: (poniżej proszę podać: imię i nazwisko, datę urodzenia)
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
9. Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci: **Tak/ Nie** (właściwe zakreślić)
10. Posiadam Kartę Dużej Rodziny: **Tak/ Nie** (właściwe zakreślić)
11. Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej: **Tak/ Nie** (właściwe zakreślić)

II. Dane adresowe

1. Adres zamieszkania:

.....

2. Adres do doręczeń:

.....

III. Dane kontaktowe

1. Adres elektroniczny:.....

2. Numer telefonu:.....

3. Inne dane kontaktowe:.....

IV. Poziom wykształcenia

Posiadam wykształcenie (zaznaczyć właściwe):

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

V. Ukończone szkoły

1.
2.
3.

VI. Zawody

L.p.	Nazwa	Wyuczony	Wykonywany
1.			
2.			
3.			

Kwalifikacje cząstkowe - kwalifikacje wyodrębnione w zawodzie:

1.
2.
3.

VII. Znajomość języków obcych

1. język, poziom znajomości:
2. język, poziom znajomości:
3. język, poziom znajomości:

(A1 - początkujący, A2 - niższy średnio zaawansowany, B1 - średnio zaawansowany, B2 - wyższy średnio zaawansowany, C1- zaawansowany, C2 – biegły)

VIII. Posiadane uprawnienia i ukończone szkolenia:

1. Prawo jazdy kategorii:.....
2. Książeczka do celów sanitarno-epidemiologicznych: Tak/Nie (właściwe zakreślić)
3. Pozostałe:

IX. Oczekiwania

Jestem zainteresowany/a następującymi kierunkami szkoleń:

1.
2.

Jestem zainteresowany(a) podjęciem pracy w zawodzie:

(wpisać w przypadku posiadania odpowiednich kompetencji kwalifikacji potwierdzonych stosownymi dokumentami lub udokumentowaną ciągłość pracy w okresie minimum 3 miesięcy)

1.
2.

X. Rodzaj i stopień niepełnosprawności

.....

XI. Sposób rozwiązania ostatniego stosunku pracy albo stosunku służbowego w zakresie koniecznym do ustalenia uprawnień do zasiłku

1. na mocy porozumienia stron: **Tak / Nie** (właściwe zakreślić),
2. za wypowiedzeniem pracownika: **Tak / Nie** (właściwe zakreślić),
3. z winy pracownika: **Tak / Nie** (właściwe zakreślić),
4. z przyczyn dotyczących zakładu pracy: **Tak / Nie** (właściwe zakreślić),
5. z innego powodu: **Tak / Nie** (właściwe zakreślić).

XII. Oświadczenia służące ustaleniu możliwości przyznania statusu bezrobotnego

Proszę wypełnić wpisując **Tak** lub **Nie**

1.	Czy jest Pan(i) zdolny(a) i gotowy(a) do podjęcia zatrudnienia albo innej pracy zarobkowej: a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie,	
	b) w połowie wymiaru czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie, gdyż jestem osobą niepełnosprawną lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze?	

2.	Czy jest Pan(i) osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę?	
3.	Czy jest Pan(i) osobą wykonującą pracę lub świadczącą usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej (np. na umowę zlecenie, umowę o dzieło)?	
4.	Czy jest Pan(i) osobą wykonującą pracę na podstawie umowy o pomocy przy zbiorach w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników?	
5.	Czy wykonuje Pan(i) pracę jako członek w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych?	
6.	Czy uczy się Pan (i) w szkole w formie dziennej lub na uczelni w formie studiów stacjonarnych?	
7.	Czy posiada Pan(i) wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej?	
	Jeżeli TAK, to czy zawiesił(a) Pan(i) prowadzenie działalności gospodarczej?	
8.	Czy jest Pan(i) osobą tymczasowo aresztowaną lub czy odbywa Pan(i) karę pozbawienia wolności (nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej w systemie dozoru elektronicznego)?	
9.	Czy nabył Pan(i) prawo do zasiłku stałego na podstawie ustawy o pomocy społecznej?	
10.	Czy jest Pan(i) członkiem zarządu, prokurentem, członkiem rady nadzorczej, likwidatorem spółki kapitałowej w rozumieniu Kodeksu spółek handlowych? (właściwe zakreślić)	
11.	Czy jest Pan(i) prokurentem, pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców? (właściwe zakreślić)	
12.	Czy jest Pan(i) 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? (właściwe zakreślić)	
13.	Czy jest Pan(i) dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w Kodeksie spółek handlowych?	
14.	Czy podlega Pan(i), na podstawie odrębnych <u>przepisów</u> , obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników?	
15.	Czy podlega Pan(i) obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach: Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Szwajcarii, Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Macedonii Północnej, Serbii, Turcji, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej?	
16.	Czy prowadzi Pan(i) działalność gospodarczą w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie, na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga?	

17.	Czy posiada Pan(i) stałe źródło dochodu, tj. czy:	
	a) nabył(a) Pan(i) prawo do emerytury?	
	b) nabył(a) Pan(i) prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, lub świadczenia pieniężnego, o którym mowa w ustawie z dnia 8 lutego 2023r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, lub renty inwalidzkiej przyznanej na podstawie ustawy z dnia 18 lutego 1994r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, ABW, AW, SKW, SWW, CBA, SG, SM, SOP, PSP, SCS i SW oraz ich rodzin lub ustawy z dnia 10 grudnia 1993r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin? (właściwe zakreślić)	
	c) nabył(a) Pan(i) prawo do renty rodzinnej?	
	Jeżeli TAK, to proszę podać w jakiej wysokości:.....	
	d) nabył(a) Pan(i) prawo do nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego- po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej? (właściwe zakreślić)	
	e) nabył(a) Pan(i) prawo do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznanej przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy?	
	f) nabył(a) Pan(i) prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych? (właściwe zakreślić)	
	g) nabył(a) Pan(i) prawo do zasiłku dla opiekuna na podstawie ustawy z dnia 4 kwietnia 2014r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów? (właściwe zakreślić)	
	h) uzyskuje Pan(i) miesięcznie przychód z tytułu innego niż zatrudnienie, inna praca zarobkowa, działalność gospodarcza, podlegający opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych (np. dzierżawa, wynajem lokalu, mieszkania, garażu, akcje, obligacje, dywidendy), w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę?	
18.	Czy przebywa Pan(i) na zwolnieniu lekarskim?	
19.	Czy złożył(a) Pan(i) wniosek o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalnej, renty rodzinnej, świadczenia rehabilitacyjnego?	
20.	Czy otrzymał(a) Pan(i) przewidziane w odrębnych przepisach świadczenie w postaci jednorazowego ekwiwalentu pieniężnego za urlop górniczy, jednorazowej odprawy socjalnej, zasiłkowej, pieniężnej po zasiłku socjalnym, jednorazowej odprawy warunkowej lub odprawy pieniężnej bezwarunkowej?	

3. z tytułu posiadania nieruchomości rolnej, dzierżawy nieruchomości rolnej lub pracy na gospodarstwie rolnym: **Tak/ Nie.** (właściwie zakreślić)

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny: **Tak/ Nie** (właściwie zakreślić)

Informacje niezbędne do zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego stanowi załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.

Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

XV. 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 składającej oświadczenie:

XVI. Pouczenia

Zostałem(łam) pouczone(a) 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.

Zostałem(am) pouczone(a) o obowiązku bezzwłocznego zawiadomienia PUP o każdej zmianie swojego miejsca zamieszkania. W razie zaniedbania powyższego obowiązku, doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny (art. 41 § 1 i 2 KPA).

Wyrażam/ nie wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej, samorządowej lub na ich zlecenie.

Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych dla osób bezrobotnych

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO), informuję iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Tychach z siedzibą w Tychach przy ul. Budowlanych 59.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Tychach możliwy jest pod adresem e-mail: iodo@pup.tychy.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz aktach wykonawczych do niniejszej ustawy, ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c, e, art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
 - a) podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
 - b) podmioty, z którymi Powiatowy Urząd Pracy w Tychach ma podpisane umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach w oparciu o Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt obowiązujący w Powiatowym Urzędzie Pracy w Tychach.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych będzie skutkować brakiem możliwości realizacji określonych zadań przewidzianych przepisami prawa.
9. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

Tychy, dnia.....

.....

(podpis)

XVII. Wypełnia Pracownik Powiatowego Urzędu Pracy w Tychach

Dane osoby rejestrującej się zostały sprawdzone w:

- Aplikacji Centralnej,
- Raporcie ZUS U1,
- Raporcie KRUS,
- Krajowym Rejestrze Sądowym,
- CEIDG,
- Raporcie Karty Dużej Rodziny

data rejestracji		zasiłek po karencji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
data udokumentowania zasiłku		okres uprawniający do zasiłku (ogółem staż pracy)	
okres zaliczany do nabycia zasiłku (w 18 miesiącach)		przyznana wysokość zasiłku dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 120%
powrót na dopełnienie zasiłku w ramach art. 226	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	status osoby samotnie wychowującej dziecko	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
praca za granicą mająca wpływ na wysokość zasiłku	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	karta dużej rodziny	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
dłużnik alimentacyjny	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

długość zasiłku dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 365 z uwagi na <input type="checkbox"/> niepełnosprawność <input type="checkbox"/> bycie członkiem rodziny wielodzietnej posiadającej Kartę Dużej Rodziny <input type="checkbox"/> wiek powyżej 50. roku życia i 20 lat stażu pracy <input type="checkbox"/> samotne wychowywanie co najmniej jednego dziecka w wieku do 18. roku życia <input type="checkbox"/> samotne wychowywanie dziecka niepełnosprawnego do 24. roku życia, kontynuującego naukę w szkole lub uczelni i legitymującego się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności
----------------------------------	---

Tychy, dnia:

Podpis pracownika: