

.....
imię 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 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 TAK / NIE Kształcę się na studiach w systemie niestacjonarnym tj. zaocznie TAK / NIE		
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 (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.	Odbytam 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.	Jestem właścicielem lub posiadaczem (zależnym lub samoistnym) nieruchomości rolnej lub gospodarstwa stanowiącego dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów podatkowych: a) osiągam dochód TAK / NIE b) nie osiągam dochodu TAK / NIE		
29.	Liczba dzieci na utrzymaniu Daty urodzenia		

30.	Stan cywilny (*zaznaczyć właściwe) ☐ panna / kawaler ☐ mężatka / żonaty ☐ w separacji ☐ wdowa / wdowiec ☐ rozwiedziona(y) ☐ 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.”

1. Moje miejsce zameldowania stałego:
2. Moje miejsce zamieszkania:
3. Moje miejsce zameldowania tymczasowego:
4. Adres do korespondencji :
5. Numer telefonu :
6. Adres elektroniczny (np. e-doręczenia, poczta elektroniczna) :

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) i stopień znajomości języków obcych (**A1**–początkujący, **A2**–niższy średniozaawansowany, **B1**–średnio zaawansowany, **B2**–wyższy średnio zaawansowany, **C1**–zaawansowany, **C2**–biegły):

.....

Posiadam ukończone kursy / szkolenia

☐ TAK* (wpisać poniżej)

☐ NIE

wymienić jakie:.....

.....

Posiadam / nie posiadam książeczkę do celów sanitarno-epidemiologicznych (właściwe podkreślić)

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)

Pracowałam(łam) za granicą : TAK / NIE (właściwe zaznaczyć)

Wykonywałam(am) **pracę za granicą** (proszę podać każdy okres zatrudnienia, umowę o pracę lub pracy na własny rachunek oraz zawód, który wykonywano czasie tego zatrudnienia):

w okresie od..... do..... w zawodzie :.....;

w okresie od..... do..... w zawodzie :.....;

w okresie od..... do..... w zawodzie :.....;

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

Zostałam(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.

.....

data i podpis osoby bezrobotnej

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)
- ☐ bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1.1 Kodeksu Pracy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że rozwiązanie ostatniego stosunku pracy na mocy porozumienia stron nastąpiło z powodu:

	wpisać TAK / NIE
– upadłości pracodawcy	
– likwidacji pracodawcy	
– zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących pracodawcy*	
– zmiany miejsca zamieszkania	
– inny powód niż wymienione wyżej (np. ugoda, chęć zmiany pracy, przyczyny osobiste)	

*w przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć do oświadczenia: wypowiedzenie od pracodawcy, zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający ten fakt

Przyczynach dotyczących zakładu pracy – oznacza to:

- a) rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465 oraz z 2024 r. poz. 878, 1222 i 1871), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,
- b) rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,
- c) wygaśnięcie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy,
- d) rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 i 1¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;

- podstawa prawna art. 2 pkt. 38 Ustawy

.....
Data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

Proszę o przekazywanie na mój rachunek bankowy:

pełna nazwa banku:

.....

nr rachunku:

□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

całości należnych mi świadczeń przyznanych na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia /dotyczyć może zasiłku dla bezrobotnych, stypendium, dodatku aktywizacyjnego, kosztów przejazdu/.

.....

(Data i podpis osoby bezrobotnej)

Za błędnie podany numer konta PUP Wschowa nie ponosi odpowiedzialności.

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 wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.”

.....
data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

POUCZENIE

Zostałem(łam) pouczone(y) że zgodnie z art. 10 Kodeksu Postępowania Administracyjnego (Dz.U z 2024 roku poz. 572) **mam prawo brać czynny udział w każdym stadium postępowania, mogę wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów, a także przysługuje mi prawo do zapoznania się z aktami sprawy.**

W myśl bowiem:

Art. 7 KPA „W toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli”

Art. 8 KPA § 1. Organy administracji publicznej prowadzą postępowanie w sposób budzący zaufanie jego uczestników do władzy publicznej, kierując się zasadami proporcjonalności, bezstronności i równego traktowania. § 2. Organy administracji publicznej bez uzasadnionej przyczyny nie odstępują od utrwalonej praktyki rozstrzygania spraw w takim samym stanie faktycznym i prawnym.

art. 9 KPA „Organy administracji publicznej są obowiązane do należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania administracyjnego”.

art. 10 § 1 KPA „Organy administracji publicznej obowiązane są zapewnić stronom czynny udział w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwić im wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań”.

art. 73 § 1 KPA „Strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania”.

.....
data i podpis osoby bezrobotnej

OŚWIADCZENIE

W związku z tym, że na dzień dokonywania rejestracji nie posiadam wszystkich niezbędnych dokumentów umożliwiających mi ustalenie uprawnień i przyznanie zasiłku dla bezrobotnych zostałam(łem) pouczone(y) iż „w przypadku udokumentowania przez bezrobotnego okresu uprawniającego do zasiłku po dniu zarejestrowania się w PUP, jednak w okresie posiadania statusu bezrobotnego, **prawo do zasiłku przysługuje od dnia udokumentowania tego prawa na okres, o którym mowa w art. 225 ust. 1” – podstawa prawna art. 221 Ustawy.**

Brakujące dokumenty:

- ☐ świadectwo/a pracy
- ☐ zaświadczenie z ZUS dot. opłacania składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej
- ☐ zaświadczenie z ZUS dot. pobieranego zasiłku macierzyńskiego / chorobowego / rehabilitacyjnego po ustaniu zatrudnienia
- ☐ zaświadczenie o wynagrodzeniu w rozbiciu na poszczególne miesiące z tytułu zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy
- ☐ zaświadczenie o podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy z tytułu świadczenia usług w ramach umowy zlecenie (w rozbiciu na poszczególne miesiące)
- ☐ zaświadczenie z ZUS o podstawach wymiaru składek z tyt. zatrudnienia / umowy zlecenie
- ☐ dokument potwierdzający pobieranie renty / świadczenia pielęgnacyjnego / zasiłku dla opiekuna
- ☐ wyrok / postanowienie Sądu (dot. rozvodu / separacji / pozbawienia praw rodzicielskich małżonka)
- ☐ akty urodzenia dzieci
- ☐ orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
- ☐ wypowiedzenie umowy o pracę / porozumienie o rozwiązaniu umowy o pracę
- ☐ inne

.....
data i podpis osoby bezrobotnej

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO URZĘDU PRACY WE WSCHOWIE

Powiatowy Urząd Pracy we Wschowie zgodnie z art. 13 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46 z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)

Informuje, że:

1. administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy we Wschowie ul. Staroleszczyńska 13,13a,email:ziws@pupwschowa.pl,tel.655497424
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iodo@pupwschowa.pl, tel.655497424
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu wynikających z Ustawy z dn. 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U z 2025 r. poz. 620) - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Ustawy z dn. 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U z 2025 r. poz. 620) jest obligatoryjne.

.....

data i podpis poinformowanego

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		zasilek 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. 226 ust.1,2,3 (art. 73 ust. 5 lub 7 stara ustawa)	☐ 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