Powiatowy Urząd Pracy w Głubczycach Głubczyce, dnia…………………….

ul. Pocztowa 6

48 – 100 Głubczyce

**WNIOSEK O REJESTRACJĘ JAKO BEZROBOTNY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IMIĘ | NAZWISKO | |
| OBYWATELSTWO | NUMER PESEL | |
| STAN CYWILNY | | |
| * panna/kawaler * wdowa/wdowiec * mężatka/żonaty | | * rozwiedziony(a) * w separacji * małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W PRZYPADKU BRAKU NUMERU PESEL** | | |
| DATA URODZENIA | MIEJSCE URODZENIA | PŁEĆ |
| RODZAJ, SERIA I NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ADRES ZAMIESZKANIA | |
| ADRES DO DORĘCZEŃ | |
| ADRES ELEKTRONICZNY | NUMER TELEFONU |

Wnoszę o uznanie mnie za osobę bezrobotną i jednocześnie oświadczam, że:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK **X** WE WŁAŚCIWYM POLU | | **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 lub niepełnym wymiarze czasu pracy) |  |  |
| 5. | Jestem osobą **wykonującą inną pracę zarobkową** (tj. na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub umowy o świadczenie usług, do której stosuje się odpowiednio przepisy  o zleceniu, albo umowy 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. | **Zawiesiłem(am) wykonywanie działalności gospodarczej** (tj. zgłosiłem(am) do CEIDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa) |  |  |
| 9. | We wniosku o wpis do CEIDG określiłem(am) dzień podjęcia działalności gospodarczej i nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia tej d7481489997ziałalności |  |  |
| 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 lub likwidatorem spółki kapitałowej**\* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych  (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 13. | Jestem **prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy** będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą w 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. 30073 ustawy Kodeks 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: |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | 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** |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | **Uzyskuje miesięcznie przychód** w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. z tytułu wynajmu mieszkania, lokalu, garażu, innych) |  |  |
|  | Nabyłem(am) prawo do **świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego** (na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych) |  |  |
|  | Nabyłem(am) prawo do **zasiłku dla opiekuna** (na podstawie ustawy o ustaleniu  i wypłacie zasiłków dla opiekunów) |  |  |
|  | Pobieram po ustaniu zatrudnienia **świadczenie szkoleniowe** |  |  |
| 20. | **Jestem wpisany(a) do KRS** - Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców, Stowarzyszeń, innej organizacji społecznej i zawodowej, Fundacji, ZOZ (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 21. | Odbywam **odpłatną praktykę absolwencką** i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. |  |  |
| 22. | W innym Urzędzie Pracy **posiadam status bezrobotnego, poszukującego pracy**\* (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 23. | Jestem **opiekunem osoby niepełnosprawnej tj.:**   1. **matką lub ojcem**, 2. **opiekunem faktycznym dziecka**, przez którego rozumie się osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego  o przysposobienie dziecka, 3. **rodziną zastępczą spokrewnioną** albo **rodziną zastępczą niezawodową**  w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej ([Dz. U. z 2025 r. poz. 49](https://www.inforlex.pl/dok/tresc,DZU.2025.015.0000049,USTAWA-z-dnia-9-czerwca-2011-r-o-wspieraniu-rodziny-i-systemie-pieczy-zastepczej.html)), 4. **rodzicem zastępczym zawodowo** albo **prowadzącym rodzinny dom dziecka** niepobierającym z tego tytułu wynagrodzenia w przypadkach, o których mowa w art. 54 ust. 6 oraz art. 62 ust. 4 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, 5. **małżonkiem,** 6. **inną osobą**, na której zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964r. [Kodeks rodzinny i opiekuńczy](https://www.inforlex.pl/dok/tresc,DZU.2023.363.0002809,USTAWA-z-dnia-25-lutego-1964-r-Kodeks-rodzinny-i-opiekunczy.html) ([Dz. U. z 2023 r. poz. 2809](https://www.inforlex.pl/dok/tresc,DZU.2023.363.0002809,USTAWA-z-dnia-25-lutego-1964-r-Kodeks-rodzinny-i-opiekunczy.html)) **ciąży obowiązek alimentacyjny**, z wyjątkiem osób o znacznym stopniu niepełnosprawności,   **opiekującą się dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, lub osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności;** |  |  |
| 24. | Jestem osobą **samotnie wychowującą dziecko -** oznacza to jednego z rodziców albo opiekuna prawnego, wychowującego co najmniej jedno dziecko, będącego panną, kawalerem, wdową, wdowcem, rozwódką, rozwodnikiem albo osobą,  w stosunku do której orzeczono separację w rozumieniu odrębnych przepisów, lub osobą pozostającą w związku małżeńskim, jeżeli jej małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności, jeżeli ten rodzic albo opiekun prawny w roku podatkowym samotnie wychowuje dziecko:   1. małoletnie, 2. bez względu na jego wiek, które zgodnie z odrębnymi przepisami otrzymywało zasiłek pielęgnacyjny, dodatek pielęgnacyjny lub rentę socjalną, 3. do ukończenia 25. roku życia uczące się w szkole, o której mowa w przepisach o systemie oświaty, przepisach o szkolnictwie wyższym i nauce lub w przepisach regulujących system oświatowy lub szkolnictwo wyższe obowiązujących w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie; |  |  |
| 25. | Pełnię **funkcję członka statutowych władz organizacji pozarządowej**, o której mowa w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego  i o wolontariacie |  |  |
| 26. | Mój **współmałżonek posiada statusu bezrobotnego, poszukującego pracy**\* (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 27. | Posiadam **Kartę Dużej Rodziny** |  |  |
| 28. | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności   * **lekki** * **umiarkowany** * **znaczny**   SYMBOL………………………………………………………… |  |  |
| 29. | Liczba dzieci na utrzymaniu ………………  Daty urodzenia dzieci:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| 30. | **Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne** z innego tytułu (np. w KRUS,  z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów\*) (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
| 31. | Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| POSIADAM WYKSZTAŁCENIE | | |
| * brak * podstawowe * gimnazjalne * branżowe (I, 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 ZGODNY Z POSIADANYMI KOMPETENCJAMI I KWALIFIKACJAMI | |
| UKOŃCZONE, SZKOLENIA, POSIADANE UPRAWNIENIA | |
|  | |
| ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH | POZIOM ZNAJOMOŚCI |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

|  |
| --- |
| SPOSÓB ROZWIĄZANIA OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY |
| * za porozumieniem stron * przez oświadczenie pracownika z zachowaniem okresu wypowiedzenia * przez oświadczenie pracodawcy z zachowaniem okresu wypowiedzenia * bez wypowiedzenia z winy pracownika * bez wypowiedzenia w trybie art. 55 Kodeksu Pracy * z upływem czasu na który umowa była zawarta |

Kierunki szkoleń jakimi jestem zainteresowany(na)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem zainteresowany(na) 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 |

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń na rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 lub **osobą niepełnosprawną, zdolną   
  i gotową do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy**,
* nie mam **stałego źródła dochodu**,
* 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
* zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjna o przetwarzaniu moich danych osobowych zamieszczoną na tablicy ogłoszeń PUP w Głubczycach oraz z przysługującymi mi prawami związanymi z przetwarzaniem moich danych osobowych

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