**………………………………………………**

**(miejscowość i data)**

**Imię i nazwisko………………………………………………………….**

**Pesel………………………………………………………**

**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwisko** |  | | | | | |
| **2.** | **Imię** |  | | | | | |
| **3.** | **Drugie imię** |  | | | | | |
| **4.** | **Obywatelstwo 1** |  | | | | | |
| **5.** | **Obywatelstwo 2** |  | | | | | |
| **6.** | **Pesel (data i miejsce urodzenia oraz płeć – podać**  **w przypadku braku nr pesel)** |  | | | | | |
| **7.** | **Rodzaj , seria i numer dokumentu**  **potwierdzającego tożsamość**  **(podać w** **przypadku braku nr pesel))** |  | | | | | |
| **8.** | **Posiadany status, tytuł pobytowy**  **na terenie Rzeczpospolitej Polskiej**  **(w przypadku cudzoziemca)** |  | | | | | |
| **9.** | **Nr telefonu** |  | | | | | |
| **10.** | **E-mail** |  | | | | | |
| **11.** | **Stan cywilny** |  | | | | | |
| **12.** | **Czy współmałżonek posiada status bezrobotnego**  **lub poszukującego pracy?** | TAK / NIE | | | | | |
| **13.** | **Liczba dzieci na utrzymaniu** |  | | | | | |
| **14.** | **Posiadam Kartę Dużej Rodziny** | TAK / NIE | | | | | |
| **15.** | **Jestem osobą samotnie wychowującą**  **dziecko/ dzieci?** | TAK / NIE | | | | | |
| **16.** | **Jestem opiekunem osoby**  **niepełnosprawnej?** | TAK / NIE | | | | | |
| **17.** | **Rodzaj i stopień niepełnosprawności**  **(jeżeli orzeczenie jest czasowe proszę**  **podać okres obowiązywania)** | Miejscowość | | | | | |
| **18.** | **Adres zamieszkania** |
| Kod pocztowy |  | | | | |
| Ulica  Nr domu/lokalu |  | | | | |
| **19.** | **Adres do korespondencji** | Miejscowość |  | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | |
| Ulica |  | | | | |
| Nr domu/lokalu |  | | | | |
| **20.** | **Nazwy ukończonych szkół** | **Poziom wykształcenia** | **Tytuł** | | | **Kierunek** | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
| **21.** | **ZAWODY WYUCZONE,**  **WYKONYWANE**  **I DO WYKONYWANIA**  **(w jakim zawodzie osoba chciałaby**  **pracować i ma do tego odpowiednie kwalifikacje**  **potwierdzone stosownymi dokumentami lub**  **udokumentowaną ciągłość pracy w okresie**  **minimum 3 miesięcy w tym zawodzie)** | **Wyuczony** | **Wykonywany** | | | **Do wykonywania** | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
| **22.** | **ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH**  A1- początkujący, A2- niższy średnio  zaawansowany, B1-średnio zaawansowany,  B2 - wyższy średnio zaawansowany,  C1- zaawansowany, C2- biegły | **Język obcy** | | **Stopień znajomości** | | | |
| **W mowie** | | **W piśmie** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **23.** | **POSIADANE UPRAWNIENIA**  **I UKOŃCZONE SZKOLENIA** |  | | | **Okres ważności** | | |
| **od** | | **do** |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| **24.** | **Kierunki szkoleń, jakimi osoba jest**  **zainteresowana** |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OKRESY ZATRUDNIENIA, WYKONYWANIA INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | | | | | | |
| **Okres** | | **Nazwa**  **Pracodawcy/**  **Zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko** | **Wymiar czasu pracy** | **Podstawa wykonywania**  **pracy** | **Sposób rozwiązania stosunku pracy/ stosunku służbowego** |
| **Od** | **Do** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Inne okresy zaliczane do okresu uprawniającego do zasiłku:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Okres** | | **Wyszczególnienie** | |
| **Od** | **Do** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Proszę o wypłatę: zasiłku /stypendium / dodatku aktywizacyjnego / \* na rachunek płatniczy:

------

w banku ………………………………………………………………………………………………………………………….

\*właściwe podkreślić

…………………………………………

Data i podpis

Powiatowy Urząd Pracy informuje, że zgodnie z art. 237 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia wszystkie świadczenia wypłacane są przez urząd w okresach miesięcznych z dołu **wyłącznie na rachunek płatniczy lub bankowy.** Terminy wypłat ustalane są przez PUP, **nie później niż do 14 dni od dnia upływu okresu, za który świadczenie jest wypłacane.**

Zgodnie z art. 251 ust. 2 ww. ustawy roszczenia z tytułu niepobranych kwot zasiłków i innych świadczeń finansowanych z Funduszu Pracy **ulegają przedawnieniu z upływem 12 miesięcy od dnia postawienia ich do dyspozycji.**

**OŚWIADCZENIE**

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby bezrobotnej

**Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu** - art. 66 ust. 1 pkt 24 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27.08.2004 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 146).

W związku z powyższym oświadczam co następuje:

1. Jestem właścicielem lub posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni **przekraczającej 1 ha** **przeliczeniowy** ……………………………..………………………………………………

podać powierzchnię

i podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego jako:

a) **rolnik** ……………………………………….

b) **małżonek rolnika** ……………………………

2. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego jako:

a) **rolnik** podlegający **dobrowolnemu ubezpieczeniu** społecznemu rolników .......................

b) **domownik** podlegający **dobrowolnemu ubezpieczeniu** społecznemu rolników………….

3. Pobieram rentę rodzinną w wysokości nie przekraczającej połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę ………………………………………………………………………..

**W myśl art. 9 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, jeżeli osoba, która ma jednocześnie ustalone prawo do renty, to z tytułu pobierania zasiłku lub stypendium podlega dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu.**

Oświadczam, że **wyrażam zgodę/ nie wyrażam** zgody na objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi z tytułu pobierania zasiłku lub stypendium.

***O wszelkich zmianach w stosunku do danych w niniejszym oświadczeniu, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.***

…………………………………………………………..

(data i podpis osoby rejestrującej się)

***POUCZENIE:*** należy wpisać **TAK** lub **NIE**

**\* niewłaściwe skreślić**

**Zgłaszam / nie zgłaszam\*** do ubezpieczenia zdrowotnego n/wym. członków mojej rodziny:

1)……………………………………………………………………………………………………….

imię i nazwisko

PESEL ……………………………… stopień pokrewieństwa …………………………………..

adres zamieszkania ………………………………………………………………………………...

uczeń …………………………………………………………………………………………………

podać nazwę szkoły/uczelni w przypadku dzieci, które ukończyły 18 lat

Stopień niepełnosprawności: …………………….. od ……………………. do ……………….

**2)**……………………………………………………………………………………………………....

imię i nazwisko

PESEL ……………………………… stopień pokrewieństwa ………………………………….

adres zamieszkania ………………………………………………………………………………..

uczeń ………………………………………………………………………………………………..

podać nazwę szkoły/uczelni w przypadku dzieci, które ukończyły 18 lat

Stopień niepełnosprawności: …………………….. od ……………………. do …………..…...

**3)**………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko

PESEL ……………………………… stopień pokrewieństwa …………………………………..

adres zamieszkania ………………………………………………………………………………..

uczeń …………………………………………………………………………………………………

podać nazwę szkoły/uczelni w przypadku dzieci, które ukończyły 18 lat

Stopień niepełnosprawności: …………………….. od ……………………. do ………………..

**4)**……………………………………………………………………………………………………….

imię i nazwisko

PESEL ……………………………… stopień pokrewieństwa …………………………………...

adres zamieszkania ………………………………………………………………………………….

uczeń …………………………………………………………………………………………………..

podać nazwę szkoły/uczelni w przypadku dzieci, które ukończyły 18 lat

Stopień niepełnosprawności: …………………….. od ……………………. do …………………..

**Pouczenie:**

**Zgłoszenie dziecka powyżej 18 roku życia do ubezpieczenia zdrowotnego może nastąpić po przedłożeniu zaświadczenia ze szkoły o kontynuowaniu nauki z podaniem daty końca nauki zgodnie z programem nauczania lub orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innego traktowanego na równi.**

***Zobowiązuję się powiadomić płatnika składek tj. Powiatowy Urząd Pracy w Opolu Lubelskim, w terminie 7 dni, o zaistnieniu okoliczności powodujących ustanie statusu członka rodziny.***

**………………………………………….**

**(data i czytelny podpis osoby rejestrującej się)**

**Zgadzam się / nie zgadzam się na podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej/ Europejskiego Obszaru Gospodarczego.**

**Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES.**

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

**………………………………………….**

**(data i czytelny podpis osoby rejestrującej się)**

**Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie dane w trakcie rejestracji są zgodne ze stanem faktycznym.**

***„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”***

**………………………………………….**

**(data i czytelny podpis osoby rejestrującej się)**

**Oświadczam, że zostałem /łam poinformowany/a , iż zgodnie z art. 62ust.1 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia mam obowiązek za pośrednictwem formularza elektronicznego, udostępnionego w sposób określony w art. 55 ust. 2 pkt 1 lub osobiście zawiadomić powiatowy urząd pracy, w którym jestem zarejestrowany/a o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia**.

**………………………………………….**

**(data i czytelny podpis osoby rejestrującej się)**

|  |  |
| --- | --- |
| **REJESTRACJA NASTĄPIŁA W OPARCIU O DANE POZYSKANE Z SYSTEMU TELEINFORMATYCZNEGO TAK/NIE** |  |
| ZUS (U1) | |
| KRUS | |
| KRS | |
| CEIDG | |
| AC | |
| KARTA DUŻEJ RODZINY | |

**…………………………………………………………………**

**(data i pracownika PUP)**