**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO OSOBA BEZROBOTNA ORAZ USTALENIE UPRAWNIEŃ ZASIŁKOWYCH**

 **I. DANE OSOBOWE I ADRESOWE**

1. **Imię (Imiona) .......................................................... Nazwisko ...............................................................................**
2. **PESEL ........................................................................................................................................................................**
3. **Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL) ………………………………………………………………………………………………………………………..**
4. **Data i miejsce urodzenia ..........................................................................................................................................**
5. **Nazwisko rodowe ......................................................................................................................................................**
6. **Imię ojca ........................................................... Imię matki ……………………………………………………...**
7. **Obywatelstwo(a) ......................................................................................................................................................**
8. **Posiadany status (w przypadku cudzoziemca) …………………………………………………………………..**
9. **Stan cywilny...............................................................................................................................................................**
10. **Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………….**
11. **Adres do doręczeń ......................................................................................................................................................**
12. **Adres do e-doręczeń …………………………………….…………………………………………………………..**
13. **Numer telefonu ……………………………………………………………………………………………………...**
14. **Adres e-mail ...............................................................................................................................................................**
15. **Posiadam Indywidualne Konto w systemie praca.gov.pl:** TAK/NIE(skreślić niewłaściwe)**……………..……..**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o propozycjach pracy lub innej pomocy określonej w ustawie z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

 **II. OŚWIADCZENIE**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.**  | **PROSZĘ POSTAWIĆ [ X ] PRZY PRAWIDŁOWEJ ODPOWIEDZI**  | **TAK**  | **NIE**  |
| **1.**  | Jestem zdolna(y) i gotowa(y) do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej albo jeżeli jestem osobą niepełnosprawną – zdolna(y) i gotowa(y) do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy |  |  |
| **2.**  | Przebywam na zwolnieniu lekarskim z powodu czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby |  |  |
| **3.**  | Jestem zatrudniona(y) lub wykonuję inną pracę zarobkową (np. na podstawie umowy zlecenie, umowy o dzieło, umowy agencyjnej) |  |  |
| **4.** | Posiadam stałe źródło dochodu: |  |  |
| a) emerytura |  |  |
| b) renta z tytułu niezdolności do pracy |  |  |
| c) renta szkoleniowa |  |  |
| d) renta socjalna |  |  |
| e) renta rodzinna w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę |  |  |
| f) świadczenie pieniężne przysługujące członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych |  |  |
| g) nauczycielskie świadczenie kompensacyjne |  |  |
| h) zasiłek przedemerytalny  |  |  |
| i) świadczenie przedemerytalne |  |  |
| j) świadczenie rehabilitacyjne |  |  |
| k) zasiłek chorobowy |  |  |
| l) zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego |  |  |
| m) emerytura lub renta przyznana przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy w wysokości co najmniej najniższej emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy |  |  |
| n) miesięczny przychód w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę |  |  |
| o) świadczenie pielęgnacyjne |  |  |
| p) specjalny zasiłek opiekuńczy |  |  |
| r) zasiłek dla opiekuna |  |  |
| s) świadczenie szkoleniowe |  |  |
| **5.**  | Uczę się w szkole w systemie dziennym, **za wyjątkiem** szkoły dla dorosłych, branżowej szkoły II stopnia w formie stacjonarnej lub zaocznej, szkoły policealnej w formie stacjonarnej lub zaocznej, lub przystępowania do egzaminów eksternistycznych z zakresu programu nauczania szkoły dla dorosłych lub branżowej szkoły II stopnia, lub studiów niestacjonarnych, lub szkoły artystycznej realizującej wyłącznie kształcenie artystyczne. |  |  |
| **6.**  | Jestem zarejestrowana(y) jako bezrobotna(y) lub poszukująca(y) pracy w **innym** Powiatowym Urzędzie Pracy. |  |  |
| **7.**  | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego. |  |  |
| **8.** | Nabyłam(em) prawo do zasiłku stałego. |  |  |
| **9.** | Jestem członkiem zarządu, prokurentem, członkiem rady nadzorczej lub likwidatorem spółki kapitałowej. |  |  |
| **10.** | Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą. |  |  |
| **11.** | 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. |  |  |
| **12.** | Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów. |  |  |
| **13.** | Podlegam na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników. |  |  |
| **14.** | Jestem wolontariuszem wykonującym świadczenia odpowiadające świadczeniu pracy, o czym mowa w art. 64 pkt 1 Ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia. |  |  |
| **15.** | Odbywam praktykę absolwencką, o której mowa w art. 64 pkt 2 Ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia. |  |  |
| **16.** | Pełnię bez wynagrodzenia funkcję członka statutowych władz organizacji pozarządowej, o której mowa w art. 64 pkt 3 Ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia. |  |  |
| **17.** | Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w innym państwie. |  |  |
| **18.** | Prowadzę działalność gospodarczą w innym niż RP państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga. |  |  |
| **19.** | Prowadzę działalność gospodarczą w Polsce na podstawie zgłoszenia do rejestru. |  |  |
| **20.** | Posiadam wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej |  |  |
| *przy czym:* a) zgłosiłam(em) do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa. |  |  |
| b) nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, dnia podjęcia działalności gospodarczej. |  |  |
| **21.**  | Prowadzę działalność nieewidencjonowaną (nierejestrowaną). |  |  |
| **22.**  | Otrzymałam(em) odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia umowy o pracę. |  |  |
| **23.** | Otrzymałam(em) świadczenie w postaci jednorazowego ekwiwalentu pieniężnego za urlop górniczy, jednorazową odprawę socjalną, zasiłkową, pieniężną po zasiłku socjalnym, jednorazową odprawę warunkową/bezwarunkową |  |  |
| **24.** | Pobieram zasiłek dla bezrobotnych z innego państwa.Jeżeli TAK, proszę podać państwo …………………………………………………………….. |  |  |
| **25.** | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.Jeżeli TAK, proszę podać rodzaj i stopień niepełnosprawności ………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| **26.** | Małżonek pozostaje w rejestrze bezrobotnych i poszukujących pracy.Jeżeli TAK, proszę podać imię, nazwisko oraz datę urodzenia małżonka ………….………………………………………………………………………………………. |  |  |
| **27.** | Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej. |  |  |
| **28.** | Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej – pieniężnych i niepieniężnych (**nie dotyczy** świadczeń rodzinnych, np. 800+, zasiłek rodzinny) |  |  |
| **29.** | Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko*(oznacza jednego z rodziców albo opiekuna prawnego, wychowującego co najmniej 1 dziecko, będącego panną, kawalerem, wdową, wdowcem, rozwódką, rozwodnikiem albo osobą, w stosunku do której orzeczono separację, lub osobą pozostającą w związku małżeńskim, jeżeli jej opiekun prawny w roku podatkowym samotnie wychowuje dziecko:**a) małoletnie,**b) bez względu na wiek, które otrzymywało zasiłek pielęgnacyjny, dodatek pielęgnacyjny lub rentę socjalną,**c) do ukończenia 25. roku życia uczące się w szkole)* |  |  |
| **30.** | Posiadam Kartę Dużej Rodziny.Jeżeli TAK, proszę podać datę ważności Karty ………………………………………………... |  |  |
| **31.** | Nie wnoszę o ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z następującego tytułu …………………………………..……………………………………….. |  |  |
| **32.** | Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym w związku z zarejestrowaniem się jako osoba bezrobotna. |  |  |
| **33.** | Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członków mojej rodziny.Jeżeli TAK – wypełnij odrębny wniosek. |  |  |
| **34.** | Wniosłam(em) pozew do Sądu Pracy w sprawie: |  |  |
| a) przywrócenia do pracy |  |  |
| b) niezgodnego z prawem rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę |  |  |
| **35.** | Jestem zainteresowana(y) pracą w krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego. |  |  |
| **36.** | Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej, samorządowej lub na ich zlecenie *(anonimowe* *ankiety) –* ***konieczne jest wówczas podanie adresu poczty elektronicznej***. |  |  |
| **37.** | Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES - ***konieczne jest wówczas podanie adresu poczty elektronicznej***. |  |  |

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

**Oświadczam, że zostałem pouczony o warunkach zachowania statusu bezrobotnego oraz o warunkach nabycia prawa do zasiłku, w tym niezbędnych do tego dokumentach, przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz o formach pomocy określonych w ustawie.**

**…………………………… ……………………………………… ………………………………………**

 data czytelny podpis rejestrowanego podpis i pieczątka pracownika PUP

**Dane dzieci pozostających na utrzymaniu osoby rejestrującej się w PUP Golub-Dobrzyń:**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWISKO I IMIĘ DZIECKA | DATA URODZENIA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Wykształcenie:**

* brak lub niepełne podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
* zasadnicze zawodowe/branżowe
* średnie zawodowe/branżowe
* średnie ogólnokształcące
* pomaturalne/policealne
* wyższe

**Ukończone szkoły:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………**

**Zawody wyuczone:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Tytuły czeladnicze:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Zawody wykonywane:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Zawód, w którym chciałabym/chciałbym pracować i mam ku temu odpowiednie kompetencje i kwalifikacje potwierdzone stosownymi dokumentami lub udokumentowaną ciągłość pracy w okresie minimum 3 miesięcy**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Posiadane uprawnienia/szkolenia:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………**

**Kierunki szkoleń, którymi jestem zainteresowana/zainteresowany:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Okresy zatrudnienia/wykonywania innej pracy zarobkowej/prowadzenia działalności gospodarczej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj** | **Okres** | **Nazwa pracodawcy** | **Wymiar czasu pracy** | **Stanowisko** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |

**Sposób rozwiązania ostatniego stosunku pracy:**

* z upływem czasu (art. 30 § 1 pkt 4 KP)
* porozumienie stron (art. 30 § 1 pkt 1 KP)
* porozumienie stron z powodu zmiany miejsca zamieszkania (art. 30 § 1 pkt 1 KP)
* porozumienie stron z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy (art. 30 § 1 pkt 1 KP)
* wypowiedzenie ze strony pracownika (art. 30 § 1 pkt 2 KP)
* wypowiedzenie ze strony pracownika z powodu zmiany miejsca zamieszkania (art. 30 § 1 pkt 2 KP)
* bez wypowiedzenia ze strony pracownika z przyczyn niezawinionych (art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 KP)
* bez wypowiedzenia ze strony pracownika z przyczyn niezawinionych (art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 55 KP)
* wypowiedzenie ze strony pracodawcy (art. 30 § 1 pkt 2 KP)
* bez wypowiedzenia ze strony pracodawcy z winy pracownika (art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 KP)

**Inne okresy zaliczane do okresu uprawniającego do zasiłku** (m.in. okresy związane z wojskiem, pobieranie renty z tytułu niezdolności do pracy, pobieranie świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj** | **Okres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |

**Oświadczam, że jestem zdolny i gotowy do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej. Oświadczam, że nie posiadam stałego źródła dochodu. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

……………………………………………………………………..

data, czytelny podpis

\*uzupełnij, jeśli posiadasz orzeczenie o niepełnosprawności:

**\*Oświadczam, że jestem zdolny i gotowy do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej. Oświadczam, że nie posiadam stałego źródła dochodu. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

……………………………………………………………………..

data, czytelny podpis

***Klauzula informacyjna dla osób rejestrujących się w Powiatowym Urzędzie Pracy w Golubiu-Dobrzyniu***

*Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami 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) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), dalej jako „RODO”, Powiatowy Urząd Pracy informuje, iż:*

1. Administratorem Danych Osobowych Pana/Pani jest Powiatowy Urząd Pracy w Golubiu-Dobrzyniu, ul. Szosa Rypińska 26, Tel. Kontaktowy 56 683 52 30-33, e- mail sekretariat@golub-dobrzyn.praca.gov.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – Beata Grabowska, iod@golub-dobrzyn.praca.gov.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620).
4. Dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku z poprawną podstawą prawną lub które zawarły z administratorem danych umowy:powierzenia z dostawcami oprogramowania i systemów informatycznych, na świadczenie usług pocztowych, bankowych.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Golubiu-Dobrzyniu.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych, wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie - jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody.
8. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Urząd jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. „RODO”.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W przypadku nie podania danych nie będzie możliwe zarejestrowanie oraz korzystanie z przysługujących w tym zakresie praw.
12. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez ADO.

**Zapoznałem/am się z treścią powyższej klauzuli dotyczącej przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Golubiu-Dobrzyniu i przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Golub-Dobrzyń……………………………………….........…………….

 data, czytelny podpis