……………….., dnia ………………..

…………………………………………………

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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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. |  |  |
|  | Jestem osobą:  **niepełnosprawną zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia** co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy. |  |  |
|  | Przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA). |  |  |
|  | Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę *(w pełnym / niepełnym wymiarze czasu pracy).* |  |  |
|  | 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) |  |  |
|  | Kształcę się na studiach w systemie stacjonarnym tj. dziennym. |  |  |
|  | Jestem wpisana(y) do CEIDG jako osoba prowadząca działalność gospodarczą. |  |  |
|  | Zawiesiłam(łem) wykonywanie działalności gospodarczej (tj. zgłosiłam(łem) do CEIDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa). |  |  |
|  | 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. |  |  |
|  | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną / odbywam karę pozbawienia wolności\*. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Nabyłem zasiłek stały (na podstawie ustawy o pomocy społecznej). |  |  |
|  | Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej\* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą rozumieniu ustawy Prawo Przedsiębiorców. |  |  |
|  | 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) |  |  |
|  | Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w art. 300 ustawy KSH. |  |  |
|  | Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych. |  |  |
|  | Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. |  |  |
|  | Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga. |  |  |
|  | 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.** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Odbywam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. | | |  |  |
|  | Pełnię bez wynagrodzenia funkcję członka statutowych władz organizacji pozarządowej, o której mowa w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. | | |  |  |
|  | W innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy\*. (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
|  | Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów\*). (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
|  | Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej. | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| 1. **2.** | **Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko.** | | |  |  |
| 1. **2.** | **Mój współmałżonek posiada statusu bezrobotnego / poszukującego pracy\*.** (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
| 1. **2.** | **Posiadam Kartę Dużej Rodziny.** | | |  |  |
|  | **Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**  (\*należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności). | | |  |  |
|  | Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. | | |  |  |
|  | Liczba dzieci na utrzymaniu ……………….  Daty urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
|  | Stan cywilny (\*zaznaczyć właściwe) | | | | |
|  | * panna / kawaler * wdowa / wdowiec | * mężatka / żonaty * rozwiedziona(y) | * w separacji * 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."*

|  |
| --- |
| **Moje miejsce zamieszkania**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Adres korespondencyjny  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Numer telefonu  …………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Adres elektroniczny (np. e-doręczenia, e-PUAP, e-mail)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**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)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Posiadam ukończone kursy / szkolenia | * TAK\* (wpisać poniżej) | * NIE |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| 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) | | |

**INFORMACJE DOT. OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEGO**

Okres zatrudnienia od ……………….. do ………………………

Nazwa pracodawcy………………………………………………...

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

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

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.

**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 bezrobotnej

(w obecności pracownika urzędu)

**Klauzula informacyjna**

**dla bezrobotnych korzystających z form pomocy udzielanych przez PUP w Rypinie.**

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), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest – Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Rypinie ul. Nowy Rynek 14 w imieniu, którego występuje Dyrektor Urzędu.
2. Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych osobowych dla Powiatowego Urzędu Pracy w Rypinie: [ido@powiatrypinski.pl](mailto:ido@rypin.praca.gov.pl).
3. **Podstawa prawna**: Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości dokonania rejestracji lub udzielenia pomocy przez Urząd.
4. **Cel przetwarzania danych**:

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu: realizacji przez Urząd zadań wynikających z przepisów ustawy z ***dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia*** i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c, **art. 9 ust. 2 lit. b** **RODO**, wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO oraz zawarcia ewentualnych umów zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO.

1. **Kategoria odbiorców danych**: Odbiorcami Państwa danych mogą być instytucje, podmioty prawne i fizyczne upoważnione na mocy przepisów prawa oraz podmioty, z którymi administrator zawarł umowy powierzenia.
2. Przekazywanie danych do państw: nie dotyczy.
3. Planowany termin usunięcia danych: dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielanie pomocy. Danych w postaci: imienia i nazwiska, numeru PESEL oraz informacje o pomocy udzielonej na podstawie ustawy, jej przyjęciu albo odmowie jej przyjęcia przez okres 50 lat.
4. **Posiadają Państwo:**
5. na podstawie **art. 15 RODO** prawo dostępu do danych osobowych;
6. na podstawie **art. 16 RODO** prawo do sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych;
7. na podstawie **art. 18 RODO** prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w **art. 18 ust. 2 RODO**, przy czym prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego;
8. prawo do wniesienia skargi do **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy **RODO** Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie podlegają profilowaniu.
9. W odniesieniu do Państwa danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do **art. 22 RODO**.

**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 |  | |  | | zasiłek 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 lub 3 | * 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   z uwagi na   * 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