Data wpływu do Powiatowego Urzędu Pracy w Bydgoszczy: …….
(wypełnia pracownik PUP)

Uwaga: data wpłynięcia poprawnie wypełnionego, kompletnego wniosku w PUP w Bydgoszczy będzie jednocześnie datą rejestracji.

**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO OSOBA:**
**BEZROBOTNA / POSZUKUJĄCA PRACY* (niewłaściwe skreślić)**
**(osoba poszukująca pracy nie jest zgłaszana do ubezpieczenia zdrowotnego)**

Czy transferuję zasiłek z terenu UE/EOG (rejestracja jako poszukujący pracy): tak ☐ nie ☐

Nr telefonu…….. ……...

Adres e-mail……..……..

Imię i nazwisko……..……..

Drugie imię……..

Nazwisko rodowe……...……..

Płeć……..……..

Obywatelstwo……..

PESEL

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

Data i miejsce urodzenia……..…….

Imiona rodziców……...…….

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości……..

Data ważności dokumentu tożsamości……

Stan cywilny…….. …….

Liczba dzieci na utrzymaniu…….. ……..

Poziom wykształcenia……...…….

Nazwa ostatniej ukończonej szkoły (uczelni) : Data ukończenia szkoły (uczelni) :

...……..…….....

…….

Zawód wyuczony……

Zawód ostatnio wykonywany…….....

Uprawnienia zawodowe potwierdzone dokumentem …...…….

Umiejętności……

Znajomość języków obcych …….....
A1 – początkujący
A2 - niższy średnio zaawansowany
B1 – średnio zaawansowany
B2 – wyższy średnio zaawansowany
C1 – zaawansowany
C2 - biegły

Nazwa ostatniego pracodawcy…….

Umowa o pracę TAK / NIE * Umowa zlecenie TAK / NIE*

Okres zatrudnienia od …… do ……..

Wymiar czasu pracy ……..

Sposób rozwiązania stosunku pracy……...

Oświadczam, że po ostatnim zatrudnieniu pobierałem(am) / nie pobierałem(am)* zasiłku chorobowego / macierzyńskiego / świadczenia rehabilitacyjnego.
Jeśli TAK, w jakim okresie: od…… do……..

Oświadczam, że:

- posiadam / nie posiadam* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Ważne do: …….

Adres:

stały:……..

czasowy:……

na okres od ……. do……

korespondencyjny:……

Wyrażam zgodę na przekazanie świadczeń na podane konto osobiste do odwołania ( dotyczy osób ubiegających się o zasiłek dla bezrobotnych)

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

Właściwy dla mnie urząd skarbowy, w którym dokonuję rozliczeń podatku, to :

…….

Oświadczam, że jestem/nie jestem* osobą samotnie wychowującą dzieci.

W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę uzupełnić i dołączyć do wniosku „oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka” – dotyczy tylko osób ubiegających się o zasiłek dla bezrobotnych)

Oświadczam, iż obecnie korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej (nie dotyczy 500+) :

☐ - nie

☐ - tak, w okresie od dnia ……. do dnia …….

Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam zgodę(y) aby Powiatowy Urząd Pracy w Bydgoszczy przesyłał mi następujące typy powiadomień:

- powiadomienie o wizycie w urzędzie
- wiadomości od pracowników urzędu
- powiadomienie o ofertach pracy

- pocztą elektroniczną na adres: ……

- telefonicznie na nr telefonu: ……

- pocztą tradycyjną na adres ……

Zobowiązuję się do:

a) potwierdzenia zapoznania się z przekazywaną informacją nie później niż w następnym dniu po dniu jej przekazania,
b) stawiennictwo w miejscu i terminie proponowanym przez powiatowy urząd pracy lub ustalonym z pracodawcą krajowym w celu skorzystanie z propozycji pomocy,
c) niezwłocznego poinformowania powiatowego urzędu pracy o efektach skorzystania z propozycji pomocy, w szczególności o efektach kontaktu z pracodawcą krajowym,

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją dla osób bezrobotnych/poszukujących pracy o przysługujących im prawach, obowiązkach, innych formach pomocy określonych w ustawie (publikacja z kwietnia 2020r.)

Zostałem(am) zapoznany(a) z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych dla osób bezrobotnych (dostępną, jako załącznik bądź opublikowaną na stronie BIP Urzędu: bip.pup.bydgoszcz.pl).

Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego zasiłku, stypendium lub innego świadczenia pieniężnego finansowanego z Funduszu Pracy w przypadku otrzymania za ten sam okres emerytury, świadczenia przedemerytalnego, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, renty socjalnej, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli organ rentowy, który przyznał świadczenie nie dokonał stosownych potrąceń.
Zobowiązuję się do zwrotu kwoty nienależnie pobranego świadczenia (zasiłku, stypendium) wraz z zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz składką na ubezpieczenie zdrowotne w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

Zostałem poinformowany o swojej sytuacji faktycznej i prawnej oraz brałem czynny udział w postępowaniu administracyjnym.

……
(czytelny podpis osoby bezrobotnej/poszukującej pracy)

**Ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego**.

Oświadczam, że :

1. Jestem właścicielem/współwłaścicielem*, posiadaczem samoistnym albo zależnym (dzierżawcą, użytkownikiem)* gospodarstwa rolnego o powierzchni użytków rolnych …… ha przeliczeniowego i podlegam z tego tytułu obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – TAK/NIE*

2. Jestem małżonkiem/domownikiem* rolnika posiadającego gospodarstwo rolne o powierzchni użytków rolnych …… ha przeliczeniowego i podlegam z tego tytułu obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – TAK/NIE*

3. Podlegam dobrowolnie ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu z tytułu pracy w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych nieprzekraczającej 1 ha przeliczeniowego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – TAK/NIE*

4. Jestem uprawniony do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu i zostałem/am poinformowany/a, że sam/a dokonuję zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego z tego tytułu jak również sam/a rozliczam i opłacam składkę z tego tytułu – TAK/NIE*

5. Pobieram rentę rodzinną i z tego tytułu podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu – TAK/NIE*

6. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (należy podać z jakiego) - TAK/NIE*

……..

Członkowie rodziny

| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL | Czy zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego TAK / NIE | Stopień pokrewieństwa | Stopień niepełnosprawności | Kontynuuje naukę TAK/NIE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |

Przyjmuję do wiadomości, iż PUP realizuje zadania wynikające z przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Potwierdzam, iż dane zawarte we wniosku o dokonanie rejestracji są prawdziwe, aktualne i stanowią postawę zgłoszenia do ubezpieczeń : społecznego, jeżeli takowemu będę podlegał(a) i zdrowotnego.

Oświadczam, że zostałem(am) pouczony(a) o konieczności informowania o każdej zmianie danych osobowych tj. nazwiska, imienia, adresu, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, stanu cywilnego, w celu aktualizacji danych w systemie PUP oraz w celu dokonania zmian w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniu do ubezpieczeń.

**Świadoma/my odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.**

……
(czytelny podpis osoby bezrobotnej/poszukującej pracy)

Do wniosku załączam następujące dokumenty potwierdzające okresy zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, prowadzenia działalności i inne okresy (jeżeli jest to pierwsza rejestracja załączamy wszystkie dokumenty, a jeśli kolejna to dołączamy tylko te dokumenty, które doszły po ostatniej rejestracji)

| Lp. | Okres | | Nazwa pracodawcy | Miejscowość | Oryginał/Kopia |
|---|---|---|---|---|---|
| | od | do | | | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |

……
(czytelny podpis osoby bezrobotnej/poszukującej pracy)

**Świadoma/my odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż wszystkie przedłożone przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z posiadanymi oryginałami.**

……
(czytelny podpis osoby bezrobotnej/poszukującej pracy)

**Ankieta**

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszach zeznań, oświadczam, co następuje:

| Lp. | Fakty | TAK* | NIE* |
|---|---|---|---|
| 1. | Jestem osobą niezatrudnioną i nie wykonuję innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia albo innej pracy zarobkowej: | | |
| | a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie, | | |
| | b) w połowie wymiaru czasu pracy, gdyż jestem osobą niepełnosprawną lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze. | | |
| 2. | Pobieram nauki w szkole w systemie stacjonarnym. | | |
| 3. | Osiągnąłem(am) wiek emerytalny lub nabyłem(am) prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. | | |
| 4. | Pobieram zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, świadczenie rehabilitacyjne, świadczenie szkoleniowe, zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego - po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności. | | |
| 5. | Nabyłem(am) prawa do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznanej przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, o których mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. | | |
| 6. | Jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych powyżej 2 ha przeliczeniowych. | | |
| 7. | Podlegam ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub stanowiącym dział specjalny produkcji rolnej. | | |
| 8. | Uzyskuję przychody podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej (chyba, że dochód z działów specjalnych produkcji rolnej, obliczony dla ustalenia podatku dochodowego od osób fizycznych, nie przekracza wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 2 ha przeliczeniowych ustalonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o podatku rolnym). | | |
| 9. | Posiadam wpis do Centralnej Ewidencji I Informacji o Działalności Gospodarczej. | | |
| | a) zgłosiłam(em) wniosek o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i nie upłynął jeszcze okres do, określonego w tym wniosku, dnia podjęcia działalności gospodarczej, | | |
| | b) zgłosiłam(em) do Centralnej Ewidencji I Informacji o Działalności Gospodarczej wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszcze nie upłynął. | | |
| 10. | Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników). | | |
| 11. | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności, nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego. | | |
| 12. | Uzyskuję miesięcznie przychód w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych. | | |
| 13. | Pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłek stały. | | |
| 14. | Otrzymałem(am) pożyczkę lub jednorazowo środki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności pozarolniczej, rolniczej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej. | | |
| 15. | Pobieram na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów zasiłku dla opiekuna. | | |
| 16. | Otrzymałem(am) jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej z Funduszu Pracy. | | |
| 17. | Pobieram, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania. | | |
| 18. | Jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna. | | |

**Zgoda na udział w badaniach rynku pracy**

Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich zlecenie. TAK / NIE

**Oświadczenie o zgodności ze stanem faktycznym**

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie w trakcie rejestracji dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zostałem pouczony o warunkach zachowania statusu osoby bezrobotnej.

……
(czytelny podpis osoby bezrobotnej/poszukującej pracy)