





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

- powiadomienie o wizycie 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 skorzystania 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 (dostępna, jako załącznik bądź opublikowaną na stronie BIP Urzędu: [bip.pup.bydgoszcz.pl](http://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	Kontynuuj e 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) pouczone(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)

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)

## Ankieta

Uprowadzony(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)