

Imiona: Nazwisko:, dnia

PESEL:

Obywatelstwo:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W przypadku braku numeru PESEL: data i miejsce urodzenia, płeć, rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNY w Powiatowym Urzędzie Pracy w Legnicy

Wnoszę o przyznanie statusu bezrobotnego i jednocześnie oświadczam, że:

zaznaczyć X
TAK NIE

1.	Ukończyłem(am) 18 lat i nie ukończyłem(am) 60 lat – kobieta) lub 65 lat - mężczyzna		
2.	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.		
3.	Jestem osobą niepełnosprawną zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy>(*należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności).		
4.	Przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA).		
5.	Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę (w pełnym / niepełnym wymiarze czasu pracy).		
6.	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)		
7.	Uczę się: <ul style="list-style-type: none">• w szkole dla dorosłych lub przystępuję do egzaminu eksternistycznego z zakresu tej szkoły• w branżowej szkole II stopnia w formie stacjonarnej lub zaocznej• szkole policealnej w formie stacjonarnej lub zaocznej• w szkole artystycznej realizującej wyłącznie kształcenie artystyczne• w szkole wyższej, w formie studiów niestacjonarnych• w szkole wyższej, w formie studiów stacjonarnych		
8.	Nabyłem(am) prawo do zasiłku stałego		
9.	Jestem wpisany(a) do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej „CEIDG” jako osoba prowadząca działalność gospodarczą		
10.	Zgłosiłem(am) wniosek do CEIDG o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa		
11.	We wniosku o wpis do CEIDG, określiłem(am) dzień podjęcia działalności gospodarczej i nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia tej działalności		
12.	Jestem tymczasowo aresztowany(a) lub idbywam karę pozbawienia wolności		
13.	Odbywam karę pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego		
14.	Przebywałem(am) w areszcie/zakładzie karnym w okresie 30 dni przed rejestracją		
15.	W okresie 18 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku byłem(am) zatrudniony(a), wykonywałem(am) inną pracę zarobkową, prowadziłem(am) działalność gospodarczą poza granicami RP		
16.	Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga.		
17.	Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej* w rozumieniu Kodeksu spółek handlowych:(*niepotrzebne skreślić)		
18.	Jestem prokurentem/pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców:		
19.	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)		
20.	Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w oddziale 4 Rozdziału 3 KSH		
21.	Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych, z wyjątkiem		

	ubezpieczenia społecznego rolników		
22.	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej:		
23.	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 lub żołnierzy zawodowych lub renty inwalidzkiej		
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)	Uzyskuję 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.		
24.	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 przypadku pełnienia funkcji należy przedstawić oświadczenie organizacji, potwierdzające pełnioną funkcję i niepobieranie wynagrodzenia z tytułu jej pełnienia		
25.	Odbynam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (w przypadku odbywania praktyki należy przedstawić umowę o praktykę absolwencką).		
26.	Wykonuję świadczenia odpowiadające świadczeniu pracy jako wolontariusz (w przypadku wykonywania należy przedstawić umowę – porozumienie)		
27.	W innym urzędzie pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
28.	Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów*). (*niepotrzebne skreślić)		
29.	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.		
30.	Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko.		
31.	Mój współmałżonek posiada statusu bezrobotnego / poszukującego pracy*. (*niepotrzebne skreślić)		
32.	Posiadam Kartę Dużej Rodziny (w przypadku zaznaczenia X - TAK należy okazać Kartę Dużej Rodziny)		
33.	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny Symbol, data ważności.....		
34.	Chcę zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku zgłoszenia należy wypełnić Wniosek o zgłoszenie członka rodziny do ubezsp..zdrow.)		
35.	Liczba dzieci na utrzymaniu Daty urodzenia		
36.	Stan cywilny(*zaznaczyć właściwe) <input type="checkbox"/> panna / kawaler <input type="checkbox"/> mężatka / żonaty <input type="checkbox"/> w separacji <input type="checkbox"/> wdowa / wdowiec <input type="checkbox"/> rozwiedziona(y) <input type="checkbox"/> 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 do doręczeń (korespondencyjny):																			
Numer telefonu:																			
Adres elektroniczny:																			
Nr rachunku płatniczego, w celu przekazywania przyznanых świadczeń:																			
<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																			
Informacje o posiadanym statusie (dotyczy cudzoziemca):																			
według załącznika nr 1																			

INFORMACJE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Posiadam wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> branżowe (I / II stopnia)	<input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe I stopnia <input type="checkbox"/> wyższe II stopnia <input type="checkbox"/> podyplomowe <input type="checkbox"/> doktoranckie
Data i nazwa ukończonej szkoły/ uczelni			
Zawód wyuczony			
Zawód wykonywany			
Zawód, w którym chcę pracować i mam ku temu odpowiednie kompetencje i kwalifikacje potwierdzone stosownymi dokumentami lub udokumentowaną ciągłość pracy w okresie 3 miesięcy			
Posiadam znajomość języków obcych	TAK* (wpisać poniżej)	NIE	
– wpisać jakie oraz wskazać poziom znajomości: (A1 – początkujący, A2 – niższy średniozaawansowany, B1 – średnio zaawansowany, B2 – wyższy średnio zaawansowany, C1 – zaawansowany, C2 – biegły)			
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 C1C1+EC+E D1 D1+E D+E)			

INFORMACJE DOT. SPOSOBU ROZWIĄZANIA OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY/STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

Ostatni stosunek pracy/stosunek służbowy został rozwiązany*:

- 1.z upływem okresu
- 2.na mocy porozumienia stron
- 3.na mocy porozumienia stron z powodu zmiany miejsca zamieszkania
- 4.na mocy porozumienia stron z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy
- 5.za moim wypowiedzeniem
- 6.za moim wypowiedzeniem z powodu zmiany miejsca zamieszkania
- 7.bez wypowiedzenia w trybie art. 55 § 1.1 Kodeksu Pracy, gdy pracodawca dopuścił się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika)
- 8.bez wypowiedzenia (z mojej winy)

*w przypadku odpowiedzi TAK w pkt 3, 4, 6,7 należy dołączyć: wypowiedzenie od pracodawcy, zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający ten fakt

DOTYCZY:
(imię i nazwisko bezrobotnego, nr akt)

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 UPRAWNIENÍ

data rejestracji		zasiłek po karencji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
data udokumentowania zasiłku		okres uprawniający do zasiłku (ogółem staż pracy)	
okres zaliczany do nabycia zasiłku (w 18 miesiącach)		przyznana wysokość zasiłku dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 120%
powrót na dopełnienie zasiłku w ramach art. 226 ust. 1	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	status osoby samotnie wychowującej dziecko	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
powrót na dopełnienie zasiłku w ramach art. 226 ust. 3	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	karta dużej rodziny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
praca za granicą mająca wpływ na wysokość zasiłku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
dłużnik alimentacyjny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

długość zasiłku dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 365 <u>z uwagi na</u> <input type="checkbox"/> niepełnosprawność <input type="checkbox"/> bycie członkiem rodziny wielodzietnej posiadającej Kartę Dużej Rodziny <input type="checkbox"/> wiek powyżej 50. roku życia i 20 lat stażu pracy <input type="checkbox"/> samotne wychowywanie co najmniej jednego dziecka w wieku do 18 roku życia <input type="checkbox"/> 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