**POWIATOWY URZĄD PRACY W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM**

**Ul. ŚW. ANTONIEGO 41**

**97-200 TOMASZÓW MAZOWIECKI**

**OŚWIADCZENIE**

**PESEL:**

**NAZWISKO I IMIĘ**.............………………………………………………………………………..…………**OBYWATELSTWO**…………………………………….………………….

**IMIĘ OJCA**………………………………..……………………………………**IMIĘ MATKI**………………………………………………………………………………………………………

**ADRES ZAMIESZKANIA**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**ADRES DO KORESPONDENCJI**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**ADRES DO E-DORĘCZEŃ**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**TELEFON DO KONTAKTU**…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**MÓJ ADRES E-MAIL**……………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

**STAN CYWILNY**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK X WE WŁAŚCIWYM POLU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Fakty** | **TAK** | **NIE** |
| **1** | Jestem osobą zatrudnioną lub wykonuję inną pracę zarobkową. |  |  |
| **2** | Jestem osobą 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. |  |  |
| **3** | Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej. |  |  |
|  | a) zgłosiłem(am) wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszcze nie upłynął. |  |  |
|  | b) upłynął okres do określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia działalności gospodarczej -rozpocząłem(am) prowadzenie działalności gospodarczej. |  |  |
| **4** | Posiadałem(am) wpis do ewidencji działalności gospodarczej. |  |  |
| **5** | Otrzymałem(am) jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej z Funduszu Pracy, EFS. |  |  |
| **6** | Otrzymałem(am) pożyczkę lub jednorazowe 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. |  |  |
| **7** | Pełnię funkcję prezesa/członka zarządu/członka rady nadzorczej/prokurenta w spółce.  |  |  |
| **8** | Jestem wspólnikiem w spółce. |  |  |
| **9** | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawnościRodzaj: Stopień: |  |  |
| **10** | Przebywam na zwolnieniu lekarskim. |  |  |
| **11** | Pobieram naukę w szkole w systemie dziennym. |  |  |
| **12** | Mam stałe źródło dochodu: |  |  |
|  | 1. emerytura
 |  |  |
|  | 1. renta z tytułu niezdolności do pracy
 |  |  |
|  | 1. renta szkoleniowa
 |  |  |
|  | 1. renta socjalna
 |  |  |
|  | 1. renta rodzinna w wysokości powyżej połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę
 |  |  |
|  | 1. zasiłek/świadczenia przedemerytalne
 |  |  |
|  | 1. zasiłek chorobowy/świadczenie rehabilitacyjne
 |  |  |
|  | 1. zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego
 |  |  |
|  | 1. świadczenie pielęgnacyjne
 |  |  |
|  | 1. specjalny zasiłek opiekuńczy/zasiłek dla opiekuna
 |  |  |
|  | 1. renta lub emerytura przyznana przez zagraniczny organ w wysokości co najmniej najniższej emerytury lub 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
 |  |  |
|  | 1. nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
 |  |  |
|  | 1. przychód z działów specjalnych produkcji rolnej podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych
 |  |  |
| **13** | Podlegam ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek/domownik w gospodarstwie rolnym. |  |  |
| **14** | Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników ). |  |  |
| **15** | Biorę udział w stażu/szkoleniu organizowanym przez inny podmiot niż powiatowy urząd pracy. |  |  |
| **16** | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności, nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego. |  |  |
| **17** | 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 rachunku bankowym. |  |  |
| **18** | Prowadzę nierejestrowaną działalność gospodarczą. |  |  |
| **19** | Uzyskuję miesięcznie przychód w wysokości przekraczającej 75% minimalnego wynagrodzenia za pracę z tytułu prowadzenia nierejestrowanej działalności gospodarczej. |  |  |
| **20** | Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej. |  |  |
| **21** | Pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłek stały. |  |  |
| **22** | Pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenie szkoleniowe, o którym mowa w art. 217 ust. 6. |  |  |
| **23** | Sprawuję opiekę nad osobą zależną *(osobą wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym).*Imię, nazwisko, data urodzenia i stopień pokrewieństwa osoby zależnej |  |  |
| **24** | Jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna na terenie kraju lub Unii Europejskiej. |  |  |
| **25** | Jestem osobą transferującą zasiłek z innego państwa . |  |  |
| **26** | Jestem zainteresowany(a) podjęciem pracy w krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego. |  |  |
| **27** | Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich zlecenie. |  |  |
| **28** | Posiadam Kartę Dużej Rodziny. |  |  |
| **29** | Przekazane uprzednio dane uległy zmianie ( nie dotyczy pierwszej rejestracji ). |  |  |
| **30** | W okresie ostatnich 18 miesięcy prowadziłem(am) działalność gospodarczą. |  |  |
| **35** | W okresie ostatnich 18 miesięcy pracowałem(am). |  |  |
| **36** | Małżonek(a) pozostaje w rejestrze bezrobotnych lub poszukujących pracy (nie dotyczy osób stanu wolnego). |  |  |
| **37** | Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci w wieku do 18 lat.*(tzn. bez udziału innej / innych osób, co oznacza, że nie każda osoba mająca dzieci i znajdująca się w stanie wolnym jest osobą samotnie wychowująca dziecko).* |  |  |
| **38** | Posiadam dzieci do 6 roku życia lub niepełnosprawne do 18 roku życia. |  |  |
| **39** | Posiadam prawo jazdy kat. B. |  |  |
| **40** | Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej. |  |  |

Liczba dzieci na utrzymaniu: …………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Data urodzenia** | **stopień niepełnosprawności \*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* jeśli posiada zaznaczyć TAK

**Proszę o przekazywanie należnego świadczenia na następujący rachunek bankowy:**

*

**w Banku……………………………………………………………………………...................................................................**

 (nazwa banku)

**Rozliczam się w Urzędzie Skarbowym**: …………………………………………………………………………………………………….

**NIP-**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Wykształcenie:**

• wyższe • pomaturalne/ policealne • średnie ogólnokształcące • średnie zawodowe/branżowe

• zasadnicze zawodowe/branżowe • gimnazjalne • podstawowe • brak lub niepełne podstawowe

**Ukończone szkoły:**

1……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zawód wyuczony:**

1……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Uprawnienia/szkolenia:**

1……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………….

**Poziom znajomości języków obcych (A1–początkujący, A2–niższy średniozaawansowany,
B1–średnio zaawansowany, B2–wyższy średnio zaawansowany, C1–zaawansowany, C2-biegły):**

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Jestem zainteresowany(a) następującymi kierunkami szkoleń:**

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**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)[[1]](#footnote-1):

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

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 zawiadamiania powiatowy urząd pracy osobiście o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia oraz do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, w przypadku niespełnienia warunków wymienionych w ustawie.

Zostałem(łam) pouczony(na) o obowiązku:

1. utrzymywania kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy co najmniej raz na 90 dni,
2. składania lub przesyłania pisemnego oświadczenia o przychodach - pod rygorem odpowiedzialności karnej - oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczeń przewidzianych w ustawie w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów,
3. zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o zamierzonym wyjeździe za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości do pracy,
4. powiadomienia powiatowego urzędu pracy o udziale - bez skierowania starosty - w szkoleniu finansowanym z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych, organizowanym przez inny podmiot niż PUP w terminie 7 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia,
5. przedstawienia zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby lub opieki nad chorym członkiem rodziny na druku określonym w odrębnych przepisach, w przypadku niezdolności do pracy wskutek choroby, z wyjątkiem odbywania leczenia w zamkniętym ośrodku odwykowym,
6. zawiadomienia powiatowego urzędu pracy w ciągu 7 dni o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub o złożeniu wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego albo utratę prawa do zasiłku,
7. zawiadomienia o zmianie adresu zamieszkania

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam,
że zostałem/am pouczony/a o warunkach zachowania statusu osoby bezrobotnej/poszukującej pracy oraz o przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz o formach pomocy określonych w ustawie.**

 ………………………………………………………………………

 DATA I PODPIS OSOBY REJESTRUJĄCEJ SIĘ

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM**

Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim zgodnie z art. 13 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

Informuje, że:

1. administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą
w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Św. Antoniego 41,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@puptomaszow.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu wynikających z Ustawy z dn. 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U
z 2025 r. poz. 620) - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo
do przenoszenia danych,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Ustawy z dn. 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U z 2025 r. poz. 1065 jest obligatoryjne).

Miejscowość i data Czytelny podpis poinformowanego

................................................... ........................................................

**WYPEŁNIA PRACOWNIK PUP W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM**

**Rejestracja nastąpiła w oparciu o dane pozyskane z systemu telefonicznego**

* **Aplikacji Centralnej**
* **Raportu ZUS (U1)**
* **CEiDG**
* **Raportu KRUS**
* **KRS**
* **Systemie o Karcie Dużej Rodziny**

 ……………………………………………………………………

 pieczątka i podpis pracownika dokonującego
 rejestracji i sprawdzenia w ww. systemach

Tomaszów Mazowiecki, dnia ………………………

1. Dot. rejestracji jako osoba bezrobotna [↑](#footnote-ref-1)