|  |
| --- |
| **WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO OSOBA BEZROBOTNA** |

1. **DANE** **OSOBOWE** **I** **ADRESOWE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** |  | **Imię (imiona)** |  |
| **Obywatelstwo** |  | **Stan cywilny** |  |
| **PESEL** *a w przypadku jego braku – datę i miejsce urodzenia, płeć, rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość* | |  | |
| **Adres zamieszkania** *(miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu)* | |  | |
| **Adres do doręczeń (korespondencyjny)** | |  | |
| **Numer telefonu** | |  | |
| **Adres elektroniczny (np. e-mail)** | |  | |
| **Konto indywidualne na praca.gov.pl** | | TAK / NIE\* | |
| **Adres do e-doręczeń** | |  | |

\*Proszę zaznaczyć odpowiednio

1. **OŚWIADCZAM, ŻE:**

| **L.p.** | **PROSZĘ POSTAWIĆ [ X ] ZAZNACZAJĄC PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ** | **TAK** | **NIE** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jestem zdolny(a) i gotowy(a) do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej albo jeżeli jestem osobą niepełnosprawną – zdolny(a) i gotowy(a) do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy |  |  |
|  | Przebywam na zwolnieniu lekarskim z powodu czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby (ZUS ZLA) |  |  |
|  | Jestem zatrudniony(a) *(zatrudnienie to wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą)* |  |  |
|  | Wykonuję inną pracę zarobkową *(inna praca zarobkowa to wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub umowy o świadczenie usług, do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu, albo umowy o pomocy przy zbiorach, o której mowa w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników, lub w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych)* |  |  |
|  | Uczę się w szkole |  |  |
|  | Uczę się w jednej z następujących szkół: *(wypełniają tylko osoby, które w wierszu 5 zaznaczyły TAK)*   * szkole dla dorosłych, * branżowej szkole II stopnia w formie stacjonarnej lub zaocznej, * szkole policealnej w formie stacjonarnej lub zaocznej, lub * przystępowania do egzaminów eksternistycznych z zakresu programu nauczania szkoły dla dorosłych lub branżowej szkoły II stopnia, * kształcenia się na studiach niestacjonarnych, * szkole artystycznej realizującej wyłącznie kształcenie artystyczne (szkoły muzyczne, sztuki tańca, sztuki cyrkowej, plastyczne) |  |  |
|  | Posiadam niżej wymienione stałe źródło dochodu: |  |  |
|  | nabyłem(am) prawo do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej  Jeżeli TAK, należy podać rodzaj świadczenia ……………………………………………………. |  |  |
|  | nabyłem(am) prawo do renty rodzinnej  Jeżeli TAK, należy podać wysokość brutto ……………………………………………………. |  |  |
|  | nabyłem(am) prawo do „świadczenia pieniężnego przysługującego członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych”, lub renty inwalidzkiej przyznawanej na podstawie ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin lub ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin |  |  |
|  | nabyłem(am) 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  Jeżeli TAK, należy podać rodzaj świadczenia ……………………………………………………. |  |  |
|  | nabyłem(am) prawo do emerytury lub 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  Jeżeli TAK, należy podać rodzaj świadczenia ……………………………………………………. |  |  |
|  | uzyskuję miesięcznie przychód z innego tytułu niż zatrudnienie, inna praca zarobkowa, działalność gospodarcza (np. wynajem mieszkania, lokalu, akcje, obligacje, dywidendy), podlegający opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych (z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych lub rachunkach członka spółdzielni kasy oszczędnościowo-kredytowej) - ja i /lub mój małżonek  Jeżeli „TAK” proszę podać źródło przychodu ………………………………………………………. i wysokość przychodu ........................................................................................................ |  |  |
|  | nabyłem(am) na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego |  |  |
|  | nabyłem(am) na podstawie ustawy o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów prawo do zasiłku dla opiekuna |  |  |
|  | pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenie szkoleniowe, o którym mowa w art. 217 ust. 6 *(świadczenie szkoleniowe jest przyznawane przez pracodawcę na wniosek pracownika i przysługuje po rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego na czas udziału pracownika w szkoleniach, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy)* |  |  |
|  | Uzyskuję przychody podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej |  |  |
|  | Jestem wpisany/a do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) jako osoba prowadząca działalność gospodarczą |  |  |
|  | Zgłosiłem(am) do CEiDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | Prowadzę działalność gospodarczą nieewidencjonowaną (nierejestrowaną) |  |  |
|  | Pełnię funkcję zarządcy sukcesyjnego (prowadzę przedsiębiorstwo w spadku) |  |  |
|  | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności |  |  |
|  | Odbywam karę pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego |  |  |
|  | Nabyłem(am) na podstawie ustawy o pomocy społecznej prawo do zasiłku stałego |  |  |
|  | Jestem członkiem zarządu, prokurentem, członkiem rady nadzorczej lub likwidatorem spółki kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych |  |  |
|  | Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy – Prawo przedsiębiorców – wpisanym do CEiDG  Jeżeli TAK należy podać numer NIP przedsiębiorcy ……………………………………………….. |  |  |
|  | 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 ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych |  |  |
|  | Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w art. 30073 ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych |  |  |
|  | Podlegam na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczenia społecznego (np. na podstawie umowy uaktywniającej, sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, pobierania stypendium sportowego) |  |  |
|  | Podlegam na podstawie odrębnych przepisów, ubezpieczenia społecznego rolników |  |  |
|  | Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach wymienionych w art. 1 ust. 3 pkt 2 lit. a–d (państwa UE, EOG, państwa z którymi zawarte są umowy o swobodnym przepływie osób, Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej) |  |  |
|  | Prowadzę działalność gospodarczą w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga |  |  |
|  | Pobieram zasiłek dla bezrobotnych z innego państwa  Jeżeli TAK, należy podać państwo ………………………………………………. |  |  |
|  | Świadczę pracę jako wolontariusz na zasadach określonych w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie *(jeżeli TAK, należy przedstawić porozumienie z korzystającym)* |  |  |
|  | Odbywam praktyki absolwenckie na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lipca 2009 r. o praktykach absolwenckich *(jeżeli TAK, należy przedstawić umowę o praktykę absolwencką)* |  |  |
|  | 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  *(jeżeli TAK, należy przedstawić oświadczenie organizacji, w której władzach zasiada, potwierdzające pełnioną funkcję i niepobieranie wynagrodzenia z tytułu jej pełnienia)* |  |  |
|  | Posiadam Kartę Dużej Rodziny (jeżeli TAK, należy przedłożyć Kartę pracownikowi) |  |  |
|  | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności *(jeżeli TAK, należy przedłożyć do wglądu pracownikowi dokument potwierdzający rodzaj i stopień niepełnosprawności)* |  |  |
|  | Mój współmałżonek posiada statusu bezrobotnego lub poszukującego pracy |  |  |
|  | Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej *(oznacza to* *osobę opiekującą się dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, lub osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności)* |  |  |
|  | Sprawuję opiekę nad osobą zależną *(oznacza to osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą formą pomocy określoną w ustawie, lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym)* |  |  |
|  | Wychowuję dziecko do 7 roku życia (albo dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia) |  |  |
|  | Liczba dzieci na utrzymaniu ……………….  Daty urodzenia: ………………………………………………………………………………………………..………...  ………………………………………………………………………………………………………………………..……. | | |
|  | Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny (nieposiadających innego tytułu do ubezpieczenia)  *(w przypadku odpowiedzi TAK należy wypełnić załącznik nr 2 do wniosku)* |  |  |
|  | Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko (dzieci*)*  *(w przypadku odpowiedzi TAK należy wypełnić załącznik nr 1 do wniosku)* |  |  |
|  | Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu *(np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów)* |  |  |
|  | Do rejestracji przedkładam okresy zatrudnienia, wykonywania innej pracy zarobkowej, opłacania składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności |  |  |
|  | Do rejestracji przedkładam inne okresy zaliczane do okresów uprawniających do zasiłku |  |  |
|  | Ostatni stosunek pracy lub stosunek służbowy przed rejestracją w urzędzie pracy rozwiązałem: |  |  |
| - z mojej winy bez wypowiedzenia |  |  |
| - za moim wypowiedzeniem, |  |  |
| przy czym:  - rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego za moim wypowiedzeniem nastąpiło z powodu zmiany miejsca zamieszkania |  |  |
| - rozwiązałem(am) umowę o pracę w trybie art. 55 § 1 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy *(gdy* *pracodawca* *dopuścił* *się* *ciężkiego* *naruszenia* *podstawowych* *obowiązków* *wobec* *pracownika)* |  |  |
|  | Ostatni stosunek pracy lub stosunek służbowy przed rejestracją w urzędzie rozwiązałem na mocy porozumienia stron |  |  |
| *przy* *czym:*  - porozumienie stron nastąpiło z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy (np. likwidacja stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych) |  |  |
| - rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego na mocy porozumienia stron nastąpiło z powodu zmiany miejsca zamieszkania |  |  |
|  | Rozwiązałem(am) ostatni stosunek pracy zawarty na podstawie skierowania przez starostę do pracodawcy otrzymującego w związku z tym skierowaniem środki z Funduszu Pracy. |  |  |
|  | Otrzymałem(am) odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia umowy o pracę |  |  |
|  | Otrzymałem(am) przewidziane w odrębnych przepisach świadczenie w postaci jednorazowego ekwiwalentu pieniężnego za urlop górniczy, jednorazowej odprawy socjalnej, zasiłkowej, pieniężnej po zasiłku socjalnym, jednorazowej odprawy warunkowej lub odprawy pieniężnej bezwarunkowej |  |  |
|  | Odbywam odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuję z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę |  |  |
|  | Złożyłem(am) pozew do Sądu Pracy w sprawie:   1. przywrócenia do pracy, 2. odszkodowania z tytułu nieuzasadnionego lub naruszającego przepisy o wypowiadaniu umowy o pracę wypowiedzenia umowy o pracę, 3. odszkodowanie z tytułu rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z naruszeniem przepisów o rozwiązaniu umowy o pracę w tym trybie |  |  |
|  | Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej - pieniężnych i niepieniężnych *(nie dotyczy świadczeń rodzinnych, np. zasiłku rodzinnego)* |  |  |
|  | Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej, samorządowej lub na ich zlecenie |  |  |
|  | Jestem zainteresowany(a) podjęciem zatrudnienia w państwach UE, EOG, państwa z którymi zawarte są umowy o swobodnym przepływie osób |  |  |
|  | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES |  |  |
|  | Rozliczam się w Urzędzie Skarbowym w ……………………………………….. | | |
|  | Jestem zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego w Oddziale NFZ:  ………………………………………………………………………………………… | | |
|  | Jestem cudzoziemcem i poszukuję zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej na terytorium RP  Jeżeli TAK, proszę podać tytuł pobytowy: ………………………………………………………. |  |  |

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE 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 |
| Nazwa ukończonej szkoły (uczelni) / miejscowość / data ukończenia  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód wyuczony  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód wykonywany (kwalifikacje cząstkowe)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Zawód, w którym chcę pracować i mam ku temu odpowiednie kompetencje i kwalifikacje potwierdzone stosownymi dokumentami lub udokumentowaną ciągłość pracy w okresie minimum 3 miesięcy  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Posiadam znajomość języków: (proszę wpisać język obcy i stopień znajomości: A1 – początkujący, A2 – niższy średnio zaawansowany, 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+E C1 C1+E C+E D1 D1+E D+E) | | |
|  | | |
| Kierunki szkoleń jakimi jestem zainteresowany(a): ………………………..…………………………………………………  ……………………………………………………………………………............................................................................... | | |

1. **PRZEBIEG ZATRUDNIENIA** *(w przypadku ponownej rejestracji wykazujemy tylko okresy, które wystąpiły po utracie statusu osoby bezrobotnej)*

1.Okresy zatrudnienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa pracodawcy | Stanowisko | Okres zatrudnienia | Wymiar czasu pracy | Podstawa wykonywania pracy |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2. Okresy wykonywania innej pracy zarobkowej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa pracodawcy | Stanowisko | Okres zatrudnienia | Podstawa wykonywania pracy |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3. Okresy opłacania składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa | NIP | Okres prowadzenia pozarolniczej działalności |
|  |  |  |
|  |  |  |

4. Inne okresy zaliczane do okresu uprawniającego do zasiłku, np. pobieranie zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa okresu | Okres |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **RACHUNEK PŁATNICZY**

Proszę o przekazywanie należnych mi świadczeń na wskazany poniżej numer rachunek płatniczego, którego:

**jestem właścicielem / współwłaścicielem / nie jestem właścicielem \*** (niepotrzebne skreślić)

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

Zobowiązuje się do doręczenia Powiatowemu Urzędowi Pracy w Rawiczu co najmniej na dwa dni przed terminem wypłaty należnego świadczenia informację o zmianie numeru rachunku płatniczego, na który Powiatowy Urząd Pracy w Rawiczu ma przekazać należne mi świadczenia. Potwierdzam, że przyjąłem(am) do wiadomości, że w przypadku niedotrzymania tego terminu należne mi świadczenie zostanie przekazane na wyżej podany numer rachunku płatniczego.

Zostałem(am) pouczony(a) przez Powiatowy Urząd Pracy w Rawiczu, że:

1. Roszczenia do należnych a niepobranych kwot zasiłków dla bezrobotnych, stypendium i innych świadczeń finansowanych z Funduszu Pracy ulegają przedawnieniu z upływem 12 miesięcy od dnia postawienia ich do dyspozycji.
2. W przypadku wypłacenia mi świadczeń pieniężnych - na podstawie oświadczeń zawartych w niniejszym wniosku - jeżeli którekolwiek z oświadczeń będzie nieprawdziwe, będę zobowiązany(a) do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia. W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego zostanie dokonana korekta składek na ubezpieczenie zdrowotne.
3. Mam obowiązek zawiadomić o każdej zmianie adresu, a w razie niewywiązania się z powyższego obowiązku doręczenia pism pod dotychczasowy adres będzie miało skutek prawny (art. 41 § 1 i 2 KPA);
4. Mam obowiązek zawiadomić o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia.
5. Mam obowiązek przesyłania oświadczenia o przychodach oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczeń przewidzianych w ustawie – w terminie 7 dni od dnia uzyskania tych przychodów.
6. Mam obowiązek zawiadomić o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub o złożeniu wniosku o wpis do CEIDG oraz o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę prawa do zasiłku w terminie 7 dni o od dnia wystąpienia ww. sytuacji.
7. Mam obowiązek zawiadomić o okolicznościach powodujących utratę statusu bezrobotnego w terminie 7 dni od daty ich wystąpienia.

Zostałem(am) poinformowany(a) przez Powiatowy Urząd Pracy w Rawiczu, że:

1. W przypadku udokumentowania okresu uprawniającego do zasiłku po dniu zarejestrowania się w PUP, jednak w okresie posiadania statusu bezrobotnego, prawo do zasiłku przysługuje od dnia udokumentowania tego prawa.
2. Bezrobotny, który w okresie nie dłuższym niż 30 dni przebywa za granicą, nie zostaje pozbawiony statusu bezrobotnego, jeżeli o zamierzonym pobycie za granicą zawiadomił PUP. Zasiłek za ten okres nie przysługuje. Całkowity okres zgłoszonego pobytu za granicą nie może przekroczyć łącznie 30 dni w okresie jednego roku kalendarzowego.
3. W zakresie niezbędnym do ustalenia statusu i uprawnień rejestrowanych osób pracownik PUP może sporządzać kopie dokumentów oraz wykonać odwzorowanie cyfrowe dokumentów przedłożonych w postaci papierowej.
4. Rejestracja bezrobotnego w urzędzie pracy wyłącza możliwość rejestracji tej osoby jako:

* poszukującego pracy oraz posiadania takiego statusu przez okres posiadania statusu bezrobotnego;
* bezrobotnego w innym urzędzie pracy.

Rejestracja poszukującego pracy w urzędzie pracy wyłącza możliwość rejestracji tej osoby jako poszukującego pracy w innym urzędzie pracy.

**UWAGA: Rejestracji osoby ubiegającej się o zarejestrowanie jako bezrobotny dokonuje się z dniem, w którym osoba zgłosiła się do PUP – po poświadczeniu przez nią własnoręcznym podpisem przekazanych przez nią danych i złożeniu, w obecności pracownika PUP oświadczeń.**

**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 |  | czytelny podpis rejestrowanego |  | podpis i pieczątka  pracownika |

**WYPEŁNIA PRACOWNIK PUP W RAWICZU**

Dane osoby rejestrującej się zostały sprawdzone w:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aplikacji Centralnej |
|  | Raporcie ZUS U1/U2 |
|  | CEiDG |
|  | Raporcie KRUS |
|  | KRS |
|  | Systemie o Karcie Dużej Rodziny |

……………………………………….  
 (podpis i pieczątka pracownika)

Rawicz, dnia …………………………