

WNIOSEK

PESEL:

a w przypadku braku nr PESEL podać datę i miejsce urodzenia, płeć, rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO.....

OBYWATELSTWO/OBYWATELSTWA.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

ADRES DO DORĘCZEŃ.....

ADRES DO E-DORĘCZEŃ.....

TELEFON DO KONTAKTU.....

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny: ☐ TAK ☐ NIE

ADRES E-MAIL.....

STAN CYWILNY ☐ żonaty/ mężatka ☐ panna ☐ kawaler ☐ rozwiedziony/a ☐ wdowa/wdowiec

Jestem/ nie jestem zarejestrowana/y jako bezrobotna/y lub poszukująca/y pracy w innym powiatowym urzędzie pracy.

Zostałam/em poinformowana/y o zawiadomieniu o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz o złożonych oświadczeniach w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia.

PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK ☒ WE WŁAŚCIWYM POLU

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Lp.	Fakty	TAK	NIE
1	Jestem osobą zatrudnioną lub wykonuję inną pracę zarobkową.		
2	<u>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 – zdolna(y) i gotowa(y) do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy.</u>		
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. W okresie od do..... NIP:		
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 współnikiem w spółce.		
9	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.		
10	Przebywam na zwolnieniu lekarskim.		
11	Pobieram naukę w szkole w systemie dziennym.		
12	Mam stałe źródło dochodu:		
	a) emerytura;		
	b) renta z tytułu niezdolności do pracy;		
	c) renta szkoleniowa;		
	d) renta socjalna;		
	e) renta rodzinna w wysokości powyżej połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę;		
	f) zasiłek/świadczenia przedemerytalne;		
	g) zasiłek chorobowy/świadczenie rehabilitacyjne;		
	h) zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego;		
	i) świadczenie pielęgnacyjne;		
	j) specjalny zasiłek opiekuńczy/zasiłek dla opiekuna;		
	k) 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;		
	l) nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;		
	m) 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.		
21	Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej.		
22	Pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłek stały.		
23	Pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenie szkoleniowe, o którym mowa w art. 217 ust. 6		
24	Sprawuję opiekę nad osobą zależną <i>(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).</i>		
	Imię, nazwisko, data urodzenia i stopień pokrewieństwa osoby zależnej		
25	Jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna na terenie kraju lub Unii Europejskiej.		
26	Jestem osobą transferującą zasiłek z innego państwa .		
27	Jestem zainteresowany(a) podjęciem pracy w krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego.		
28	Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich zlecenie.		
29	Posiadam Kartę Dużej Rodziny.		
30	Przekazane uprzednio dane uległy zmianie (nie dotyczy pierwszej rejestracji).		
31	W okresie ostatnich 18 miesięcy prowadziłem(am) działalność gospodarczą.		
32	W okresie ostatnich 18 miesięcy pracowałem(am).		
33	Małżonek(a) pozostaje w rejestrze bezrobotnych lub poszukujących pracy (nie dotyczy osób stanu wolnego) Imię i nazwisko małżonka/i:		
34	Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci w wieku do 18 lat. <i>(tzn. bez udziału innej / innych osób, co oznacza, że nie każda osoba mająca dzieci i znajdująca się w stanie wolnym jest osobą samotnie wychowującą dziecko)</i>		

35	Posiadam dzieci do 6 roku życia lub niepełnosprawne do 18 roku życia.		
36	Posiadam prawo jazdy kat. B.		
37	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.		

Liczba dzieci na utrzymaniu:

PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK ☒ WE WŁAŚCIWYM POLU

- ☐ Nie wnoszę o ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z następującego tytułu.....
- ☐ Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym w związku z zarejestrowaniem się jako osoba bezrobotna.
- ☐ Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków mojej rodziny (współmałżonek, dzieci własne i przysposobione do lat 18, a jeżeli się kształcą dalej- do ukończenia 26 lat, krewnych wstępnym pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym).

Lp.	Imię i nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Data urodzenia	Stopień niepełnosprawności dziecka	Data zakończenia nauki
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Zobowiązuję się do zgłaszania wszelkich zmian dotyczących mojego ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia członków mojej rodziny.

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń na następujący rachunek płatniczy:

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

w Banku.....
(nazwa banku)

Rozliczam się w Urzędzie Skarbowym:.....

Ostatnie wykształcenie: (właściwe podkreślić)

wyższe pomaturalne/policealne średnie ogólnokształcące średnie zawodowe/branżowe

Ostatnia ukończona szkoła:

1.....

Zawód wyuczony:

1.....

Uprawnienia/szkolenia:

1.....

2.....

Poziom znajomości języków obcych (właściwe podkreślić)

1. Język angielski: **A1–początkujący, A2–niższy średniozaawansowany, B1–średnio zaawansowany, B2–wyższy średnio zaawansowany, C1–zaawansowany, C2–biegły**
2. Język niemiecki: **A1–początkujący, A2–niższy średniozaawansowany, B1–średnio zaawansowany, B2–wyższy średnio zaawansowany, C1–zaawansowany, C2–biegły**
3. Inny: **A1–początkujący, A2–niższy średniozaawansowany, B1–średnio zaawansowany, B2–wyższy średnio zaawansowany, C1–zaawansowany, C2–biegły**

Jestem zainteresowany(a) następującymi kierunkami szkoleń:

1.

Ostatni pracodawca:

LP.	Nazwa pracodawcy	Okres	Wymiar czasu pracy	Rodzaj (umowa o pracę/zlecenie itp.)	Stanowisko
1.					

Sposób rozwiązania ostatniego stosunku pracy:

- | | |
|---|--|
| ☐ za wypowiedzeniem pracownika | ☐ z własnej winy bez wypowiedzenia |
| ☐ za wypowiedzeniem pracodawcy | ☐ z upływem czasu |
| ☐ porozumienie stron | ☐ wypowiedzenie z przyczyn nie dotyczących pracownika |
| ☐ porozumienie stron z przyczyn nie dotyczących pracownika | |
| ☐ inne:..... | |

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) pouczoney(na) o obowiązku:

- a) utrzymywania kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy co najmniej raz na 90 dni.
- b) 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,
- c) zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o zamierzonym wyjeździe za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości do pracy,
- d) 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,
- e) 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,
- f) zawiadomienia powiatowego urzędu pracy w terminie 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,
- g) zawiadomienia o zmianie adresu zamieszkania

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że zostałem/am pouczoney/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 ŁOBZIE

Zgodnie z art 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/ WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwany dalej RODO, informuję, że:

1. rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy jest dobrowolna;
2. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Łobzie z siedzibą: ul. Niepodległości 13, 73-150 Łobez, reprezentowany przez Dyrektora;
3. we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych: e-mail: iod@powiatlobeski.pl, wysyłając pisemną korespondencję na adres jak w pkt 2 z dopiskiem „IOD” lub telefonicznie pod nr: 516 437 059;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c oraz art. 9 ust. 2 lit. b, g - RODO;
5. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz te, z którymi zawarto umowy powierzenia danych lub na podstawie innego instrumentu prawnego;
6. dane osobowe będą przechowywane przez okres posiadania przez Panią/Pana statusu osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy oraz w obowiązującym okresie przechowywania dokumentacji określonym w Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora PUP w Łobzie w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
7. posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia;
8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych, dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO;
9. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem; ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) jest obligatoryjne;
10. Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Miejscowość i data

Czytelny podpis poinformowanego

.....

.....

WYPEŁNIA PRACOWNIK PUP W ŁOBZIE

Rejestracja nastąpiła w oparciu o dane pozyskane z systemu teleinformatycznego

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

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

Łobez, dnia