

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 cudzoziemcem. Tytuł pobytowy:		
2	Jestem osobą zatrudnioną lub wykonuję inną pracę zarobkową.		
3	<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>		
4	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.		
5	Posiadałem(am) wpis do ewidencji działalności gospodarczej. W okresie od do..... NIP:		
6	Otrzymałem(am) jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej z Funduszu Pracy, EFS.		
7	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.		
8	Pełnię funkcję prezesa/członka zarządu/członka rady nadzorczej/prokurenta w spółce.		
9	Jestem współnikiem w spółce.		
10	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.		
11	Przebywam na zwolnieniu lekarskim.		
12	Pobieram naukę w szkole w systemie dziennym.		
13	Przebywam na urlopie wychowawczym.		
14	Posiadam dokument o przeciwskazaniach do wykonywania określonych prac.		
15	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;		
16	Podlegam ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek /domownik w gospodarstwie rolnym.		
17	Jestem właścicielem, posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej.		
18	Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników).		
19	Biorę udział w stażu/szkoleniu organizowanym przez inny podmiot niż powiatowy urząd pracy.		
20	Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności, nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.		
21	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.		
22	Prowadzę nierejestrowaną działalność gospodarczą.		
23	Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej.		
24	Pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłek stały.		
25	Pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenie szkoleniowe, o którym mowa w art. 217 ust. 6		
26	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		
27	Jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna na terenie kraju lub Unii Europejskiej.		
28	Jestem osobą transferującą zasiłek z innego państwa .		
29	Jestem zainteresowany(a) podjęciem pracy w krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego.		
30	Posiadam Kartę Dużej Rodziny.		
31	Przekazane uprzednio dane uległy zmianie (nie dotyczy pierwszej rejestracji).		
32	W okresie ostatnich 18 miesięcy prowadziłem(am) działalność gospodarczą.		
33	W okresie ostatnich 18 miesięcy pracowałem(am).		
34	Małżonek(a) pozostaje w rejestrze bezrobotnych lub poszukujących pracy (nie dotyczy osób stanu wolnego)		

	Imię i nazwisko małżonka/i:		
35	Posiadam dzieci. Liczba dzieci na utrzymaniu:		
36	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 znajdującą się w stanie wolnym jest osobą samotnie wychowującą dziecko)		
37	Posiadam dzieci do 6 roku życia lub niepełnosprawne do 18 roku życia.		
38	Posiadam prawo jazdy kat. B.		
39	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.		

ZGODY:

	TAK	NIE
1. Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich zlecenie.		
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na podstawie przepisów UE o sieci EURES w celu przekazania ich na portal EURES (dane osobowe, dane do kontaktu, kwalifikacje, doświadczenie zawodowe, oczekiwania względem pracy).		

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 Zachodniopomorskim Oddziale Wojewódzkim NFZ w Szczecinie 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 wstępnych 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:

[illegible]

w Banku.....
(nazwa banku)

Rozliczam się w Urzędzie Skarbowym:.....

Ostatnie wykształcenie: (właściwe podkreślić)

wyższe	pomaturalne/policealne	średnie ogólnokształcące	średnie zawodowe/branżowe
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100

zasadnicze zawodowe/branżowe gimnazjalne podstawowe brak lub niepełne podstawowe

Ostatnia ukończona szkoła:

1.....

Zawód wyuczony:

1.....

Uprawnienia/szkolenia:

1.....

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) pouczony(na) o obowiązku:

- utrzymywania kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy co najmniej raz na 90 dni.
- składania lub przysyłania 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,
- zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o zamierzonym wyjeździe za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości do pracy,
- 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,
- 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,
- 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,
- 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 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

.....

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

Łobez, dnia