

KARTA REJESTRACYJNA BEZROBOTNEGO

Doradca klienta:

1	Numer bezrobotnego w rejestrze w powiatowym urzędzie pracy	Okres uprawniający do zasiłku	Bezrobotny posiada prawo do zasiłku TAK / NIE*	Podstawa prawna przyznania zasiłku	Okres przysługiwania prawa do zasiłku	2	Nr ewid. PESEL	
A DANE OSOBOWE								
3				2a	Nr ROR**			
3		4			5			
Data i miejsce urodzenia		Nazwisko			5 Imiona rodziców			
dzień mies. rok		Nazw. rodowe			Ojca- _____			
		Imiona			Matki- _____			
6		6a	7	8	9	10		
Data dzień mies. rok rejestracji		Obywatelstwo	Płeć	Stan cywilny	Liczba dzieci na utrzymaniu	Adres zameldowania na pobyt stały	Kod terytorialny gminy	
Rejestrowany po raz:		1-_____	1-Mężczyzna	1-Zonaty, mężatka		Kod pocztowy		
Po: 1-pracach interw.; 2-rob.		2-_____	2-Kobieta	2-Wolny/wolna		Miejscowość (Poczt)		
3-szkoleniu; 4-stażu; 5-inne				Współmałżonek nie pozostaje w rejestrze bezrobotnych oraz posz. pracy		Ulica - wieś, nr domu, nr mieszkania	email	
11		12		13				
Dokument tożsamości		Adres zameldowania na pobyt czasowy na okres do dnia		Adres korespondencyjny		Nr tel. _____		
Rodzaj dokumentu: dowód osobisty		Kod pocztowy		Kod pocztowy		Miejscowość (Poczt)		
Seria i numer		Miejscowość (Poczt)		Miejscowość (Poczt)				
Rodzaj dokumentu:		Ulica - wieś, nr domu, nr mieszkania		Ulica - wieś, nr domu, nr mieszkania		email		
Seria i numer		email		email				
14		15		16		17		
Poziom wykształcenia		Nazwa ukończonych szkół (uczelni) - miejscowości		Data ukończenia szkół - uczelni		Zawód wyuczony		
1		1		dzień mies. rok				
2		2		1				
3		3		2				
				3				
						18		
						Zawód ostatnio wykonywany		
19		20		21		23		
Znajomość języków obcych		Specjalne uprawnienia zawodowe		Jestem niepełnosprawnym(a) - orzeczenie o niepełnosprawności		Nazwa ostatniego pracodawcy		
kod języka		stopień znajomości w mowie piśmie		TAK NIE*				
1		1		22				
2		2		Rodzaj niepełnosprawności				
3		3		Stopień				
4		4		Termin ważności				
5		5		orzeczenia		Nr REGON		
						Sekcja		
						Klasa		
						Podst. rodzaj działalności wg PKD***		

* Niepotrzebne skreślić

** ROR - nr rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego lub nr rachunku bankowego


*** Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz.U. Nr 252, poz.1885, z późn. zm.).

C OŚWIADCZENIE BEZROBOTNEGO

1. Jestem osobą niezatrudnioną i niewykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia:
 - a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie*
 - b) co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy, gdyż jestem osobą niepełnosprawną lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze*
2. Nie uczę się w szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych lub przystępuję do egzaminu eksternistycznego z zakresu programu nauczania tej szkoły, branżowej szkoły II stopnia i szkoły policealnej, prowadzącej kształcenie w formie stacjonarnej lub zaocznej lub w szkole wyższej, gdzie studiuję na studiach niestacjonarnych.
3. Nie nabyłem(am) prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.
4. Nie pobieram zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, świadczenia rehabilitacyjnego, świadczenia szkoleniowego, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności.
5. Nie nabyłem(am) prawa do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznanej przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury albo 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.
6. Nie jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych powyżej 2 ha przeliczeniowych, ani gospodarstwa stanowiącego dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów podatkowych
7. Nie podlegam ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub stanowiącym dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów podatkowych.
8. Nie złożyłem(am) wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
9. Nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników).
10. Nie jestem osobą tymczasowo aresztowaną i nie odbywam kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.
11. Nie uzyskuję miesięcznie przychodu w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych.
12. Nie pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłku stałego.
13. Nie otrzymałem(am) pożyczki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności pozarolniczej lub rolniczej. Nie otrzymałem(am) jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej z Funduszu Pracy.
14. Nie otrzymałem(am) jednorazowo środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.
15. Nie pobieram, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania.
16. Nie pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenia szkoleniowego.
17. Nie pobieram na podstawie przepisów o ustalaniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów zasiłku dla opiekuna.
18. Nie rozpocząłem(am) realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym lub nie podpisałem(am) kontraktu socjalnego
19. Otrzymałem(am) jednorazowy ekwiwalent pieniężny za urlop górniczy TAK / NIE *
lub jednorazową odprawę zamiast zasiłku socjalnego - przewidzianych w Układzie Zbiorowym Pracy dla Pracowników Zakładów Górniczych TAK / NIE *
przy czym upłynął okres, za jaki został wypłacony ww. ekwiwalent lub odprawa TAK / NIE *
20. Nie jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy
21. 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.
22. 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.
23. Zostałem(łam) pouczoney(na) o obowiązku:
 - a) zgłaszania się w wyznaczonych terminach w powiatowym urzędzie pracy,
 - b) 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,
 - c) zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o zamierzonym wyjeździe za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości do pracy,
 - d) powiadomienia powiatowego urzędu pracy w terminie 7 dni od wyznaczonego dnia o przyczynie niestawiennictwa,
 - e) 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,
 - f) 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.
24. Przekazane uprzednio dane uległy / nie uległy zmianie. **

Wyrażam /nie wyrażam * zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie w trakcie rejestracji dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zostałem pouczoney o warunkach zachowania statusu bezrobotnego.


(podpis pracownika powiatowego
urzędu pracy)


(data)

(podpis bezrobotnego)

* Niepotrzebne skreślić
** Nie dotyczy pierwszej rejestracji

D OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE PRZYSZŁEJ PRACY	27 Zgadzam się na pracę w krajach UE / EOG TAK/NIE
28 W jakim zawodzie chciałby (chciałaby) Pan(i) pracować	29 W jakim zawodzie chciałby (chciałaby) Pan(i) szkolić się
1 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Posiadam tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego: TAK / NIE

Zapoznałem się z klauzulą informacyjną. [Klauzula o przetwarzaniu danych osobowych](#)

.....

Podpis