

WNIOSEK OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZAREJESTROWANIE JAKO BEZROBOTNY/ POSZUKUJACY PRACY

.....
(imiona i nazwisko)

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

(PESEL)

.....
(nazwisko rodowe)

.....
(imiona rodziców)

dowód osobisty: seria..... nr..... ważny do

obywatelstwo: miejsce urodzenia

adres zameldowania stałego/ tymczasowego do dnia

(w przypadku braku zameldowania podać adres zamieszkania)

Miejscowość	Kod pocztowy
Ulica	Nr domu / mieszkania

adres do korespondencji (wpisać jeżeli jest inny niż adres zameldowania/ zamieszkania)

Miejscowość	Kod pocztowy
Ulica	Nr domu / mieszkania

Stan cywilny:

☐ panna/kawaler ☐ rozwiedziona/y ☐ w separacji ☐ mężatka/żonaty ☐ wdowa/wdowiec

Liczba dzieci na utrzymaniu : (do wniosku załączam zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny)

Orzeczenie o niepełnosprawności

☐ posiadam ☐ nie posiadam

Rachunek bankowy

☐ posiadam ☐ nie posiadam

Nr rachunku

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

Poziom wykształcenia:.....(do wniosku załączam kopię św. szkolnego/dyplomu)

Umiejętności:

prawo jazdy:

☐ kat. B ☐ kat. B+E ☐ kat. C ☐ kat. C+E ☐ kat. D ☐ kat. T

Uprawnienia:

.....

.....

Jestem zainteresowany kierunkami szkoleń ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak to jakimi:

Jestem zainteresowany/a podjęciem zatrudnienia w krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego

☐ TAK ☐ NIE

Znajomość języków obcych:

język	język	język
w mowie: <input type="checkbox"/> A1 – początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B1 – średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 – zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 – biegły	w mowie: <input type="checkbox"/> A1 - początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B1 – średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 – zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 – biegły	w mowie: <input type="checkbox"/> A1 - początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B1 – średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 - zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 – biegły
w piśmie: <input type="checkbox"/> A1 - początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B1 – średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 – zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 – biegły	w piśmie: <input type="checkbox"/> A1 – początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B1 – średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 – zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 – biegły	w piśmie: <input type="checkbox"/> A1 - początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B1 – średniozaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 - zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 – biegły

Przebieg pracy zawodowej – do niniejszego wniosku załączam świadectwa pracy w ilości sztuk, oraz inne dokumenty niezbędne do ustalenia prawa do świadczeń (w przypadku pobierania świadczeń ZUS stosowne oświadczenie o pobieraniu renty, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, świadczenia rehabilitacyjnego)

W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej zaświadczenie z ZUS o okresie opłacania składek.

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na kontakt telefoniczny

nr telefonu

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na kontakt e-mail

adres e-mail

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

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

.....
data i podpis bezrobotnego

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna dla bezrobotnego

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowy Urząd Pracy w Żarach, ul. Mieszka I 15, 68-200 Żary.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych – Rafał Wielgus, z którym można kontaktować się mailowo: iod@bhpex.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja zadań nałożonych na Administratora na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w związku z rejestracją i obsługą bezrobotnego oraz osób poszukujących pracy m. in. w celu rejestracji jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy, prowadzenia rejestru tych osób, przyjmowania i rozpatrywania wniosku o przyznanie jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej, łagodzenia skutków bezrobocia, aktywizacji zawodowej, jak również:
 - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w ramach wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;
 - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO w ramach wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym;
 - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b RODO, jako niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej;
 - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, jako niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko uprawnione podmioty publiczne (publiczne służby zatrudnienia, podmioty świadczące usługi pocztowe, podmioty współpracujące z Powiatowym Urzędem Pracy w Żarach (m.in. miejski ośrodek pomocy społecznej, pracodawcy, przedsiębiorcy, instytucje szkoleniowe), w uzasadnionych przypadkach albo na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wskazany przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt, tj. 50 lat.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania i usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, prawo do przenoszenia danych. **Uwaga:**
 - Prawo do przenoszenia danych stosuje się, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, w myśl art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a lub na podstawie umowy w myśl art. 6 ust. 1 lit. b oraz przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany.
 - prawo do usunięcia danych nie ma zastosowania w zakresie w jakim przetwarzanie jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, któremu podlega Administrator, lub do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obligatoryjne, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne. Niepodanie danych wymaganych przepisami prawa skutkuje brakiem możliwości zarejestrowania Pani / Pana jako bezrobotnego i podjęciem dalszych działań przez Administratora.
9. Dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie są profilowane.

.....
data i podpis bezrobotnego/poszukującego pracy

OŚWIADCZENIE

1. Jestem osobą niezatrudnioną i niewykonyującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia: **TAK / NIE**
-w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie*
-w połowie wymiaru czasu pracy, gdyż jestem osobą niepełnosprawną lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze*
2. Uczę się w szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych lub przystępuję do egzaminu eksternistycznego z zakresu tej szkoły lub w wyższej, gdzie studiuję w formie studiów niestacjonarnych. **TAK / NIE**
3. Nabyłem(am) prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. **TAK / NIE**
4. Pobieram zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, świadczenie rehabilitacyjne, świadczenie szkoleniowe, zasiłek chorobowy, macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności. **TAK / NIE**
5. Nabyłem(am) prawo 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. **TAK / NIE**
6. 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 **TAK / NIE**
7. 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. **TAK / NIE**
8. Złożyłem(am) wniosek o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. **TAK / NIE**
9. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników). **TAK / NIE**
10. Jestem osobą tymczasowo aresztowaną i nie odbywam kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego. **TAK / NIE**
11. 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 rachunkach bankowych. **TAK / NIE**
12. Pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłek stały. **TAK / NIE**
13. Otrzymałem(am) pożyczkę z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności pozarolniczej lub rolniczej. Otrzymałem(am) jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej z Funduszu Pracy. **TAK / NIE**
14. Otrzymałem(am) jednorazowe środki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej. **TAK / NIE**
15. Pobieram, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania. **TAK / NIE**
16. Pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenie szkoleniowe. **TAK / NIE**
17. Pobieram na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów zasiłek dla opiekuna. **TAK / NIE**
18. Rozpocząłem(am) realizację indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym lub podpisałem(am) kontrakt socjalny **TAK / NIE**
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. Jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy **TAK / NIE**
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 powiatowego urzędu 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) pouczone(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.

Przekazane uprzednio dane uległy / nie uległy zmianie. *

.....
data i podpis bezrobotnego

(podpis pracownika PUP)

**niepotrzebne skreślić*

Uwaga

Niniejszy wniosek należy wypełnić drukowanymi literami, dołączyć wszystkie niezbędne dokumenty (kopie) i przesłać za pośrednictwem poczty na adres urzędu (decyduje data wpływu do urzędu) lub złożenie w zamkniętej kopercie do skrzynki, która znajduje się przed wejściem do urzędu.

Złożenie wniosku nie jest jednoznaczne z rejestracją w urzędzie, dlatego prosimy o podanie nr telefonu, aby w razie wątpliwości pracownik mógł uzyskać niezbędne informacje potrzebne celem przyznania statusu.