

OŚWIADCZENIE

PESEL:

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

NAZWISKO IMIĘ (IMIONA).....

OBYWATELSTWO.....

IMIĘ OJCA..... IMIĘ MATKI.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

ADRES DO E-DORĘCZEŃ.....

NR TELEFONU DO KONTAKTU.....

ADRES E-MAIL.....

STAN CYWILNY.....

PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK WE WŁAŚCIWYM POLU

Lp.	Fakty	TAK	NIE
1	Jestem osobą zatrudnioną lub wykonuję inną pracę zarobkową.		
2	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		
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.		
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	Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (*niepotrzebne skreślić)		
8	Jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców		
9	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 Kodeksu Spółek Handlowych. (*niepotrzebne skreślić)		
10	Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w oddziale 4 Rozdziału 3 KSH.		
11	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.		
12	Przebywam na zwolnieniu lekarskim.		
14	Pobieram naukę w szkole w systemie dziennym.		

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	Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników).		
18	Biorę udział w stażu/szkoleniu organizowanym przez inny podmiot niż powiatowy urząd pracy.		
19	Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności, nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.		
20	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.		
21	Prowadzę nierejestrowaną działalność gospodarczą.		
22	Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej.		
23	Pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłek stały.		
24	Pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenie szkoleniowe, o którym mowa w art. 217 ust. 6		
25	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		
26	Jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna na terenie kraju lub Unii Europejskiej.		
27	Jestem osobą transferującą zasiłek z innego państwa.		
28	Jestem zainteresowany(a) podjęciem pracy w krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego.		
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)		
34	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)		
35	Posiadam dzieci do 6 roku życia lub niepełnosprawne do 18 roku życia.		
36	Posiadam prawo jazdy kat. B		
37	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej		

Poziom znajomości języków obcych (A1–początkujący, A2–niższy średniozaawansowany, B1–średnio zaawansowany, B2–wyższy średnio zaawansowany, C1–zaawansowany, C2–biegły):

1.
2.
3.

Jestem zainteresowany(a) następującymi kierunkami szkoleń:

1.
2.
3.

Ostatni pracodawca:

LP.	Rodzaj	Okres	Nazwa pracodawcy	Wymiar czasu pracy	Stanowisko
1.					

Sposób rozwiązania ostatniego stosunku pracy:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> za wypowiedzeniem pracownika | <input type="checkbox"/> z własnej winy bez wypowiedzenia |
| <input type="checkbox"/> za wypowiedzeniem pracodawcy | <input type="checkbox"/> z upływem czasu |
| <input type="checkbox"/> porozumienie stron | <input type="checkbox"/> wypowiedzenie z przyczyn nie dotyczących pracownika |
| <input type="checkbox"/> porozumienie stron z przyczyn niedotyczących pracownika | <input type="checkbox"/> 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 ciągu 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 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, czytelny podpis osoby rejestrowanej

.....
podpis i pieczętka imienna pracownika PUP

Oświadczenie należy podpisać w obecności pracownika Powiatowego Urzędu Pracy.

WYPEŁNIA PRACOWNIK PUP W OPATOWIE

Rejestracja nastąpiła w oparciu o dane pozyskane z systemu teleinformatycznego

<input type="checkbox"/>	Aplikacji Centralnej
<input type="checkbox"/>	Raportu ZUS (U1)
<input type="checkbox"/>	CEiDG
<input type="checkbox"/>	Raportu KRUS
<input type="checkbox"/>	KRS
<input type="checkbox"/>	Systemie o Karcie Dużej Rodziny

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

Opatów, dnia