

AC:	Raport ZUS:
-----	----------------

KARTA REJESTRACYJNA BEZROBOTNEGO

1 Numer bezrobotnego w rejestrze w powiatowym urzędzie pracy	Okres uprawniający do zasiłku	Bezrobotny posiada prawo do zasiłku TAK / NIE¹⁾	Podstawa prawna przyznania zasiłku	Okres przysługiwania prawa do zasiłku	2 Nr ewid. PESEL
--	-------------------------------	--	------------------------------------	---------------------------------------	------------------

A DANE OSOBOWE		2a Nr NIP	-	-	-
-----------------------	--	-----------	---	---	---

3 Data urodzenia	dzień	m-c	rok	4	Nazwisko	Nazw. rodowe	Imiona	5 Imiona rodziców	Ojca -	Matki -
------------------	-------	-----	-----	---	----------	--------------	--------	-------------------	--------	---------

6 Data rejestracji:	6a Obywatelstwo	7 Płeć	8 Stan cywilny	9 Liczba dzieci na utrzymaniu	10 Adres zameldowania na pobyt stały a w przypadku braku zameldowania adres zamieszkania
dzień m-c rok		1- Mężczyzna 2- Kobieta	1- Żonaty, mężatka 2- Wolny/wolna		Kod pocztowy Miejscowość (Poczta)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulica - wieś nr domu nr mieszk.

11 Adres zameldowania na pobyt czasowy na okres od dnia do dnia	12 Adres do korespondencji
Kod pocztowy - Miejscowość (Poczta)	Kod pocztowy - Ulica - wieś nr domu, nr mieszkania
Ulica - wieś Nr domu, nr mieszkania	Ulica - wieś Nr domu, nr mieszkania

13 Poziom wykształcenia	14 Nazwa ukończonej szkoły	Daty ukończenia szkoły	15 Zawód wyuczony	16 Nabyte umiejętności:
1. _____			kierunek / specjalność	
2. _____			kierunek / specjalność	

17 Stopień znajomość języków obcych (A1 - początkujący / A2 - niższy średni zaawansowany / B1 średnio zaawansowany / B2 wyższy średnio zaawansowany / C1 zaawansowany / C2 biegły)	18 Ukończone kursy, szkolenia, posiadane licencje ²⁾	19 Jestem osobą niepełnosprawną - posiadam orzeczenie o niepełnosprawności TAK / NIE¹⁾	21 Nazwa ostatniego pracodawcy
kod języka stopień znajomości	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	20 Rodzaj niepełnosprawności	
1. _____ 2. _____ 3. _____	Posiadam prawo jazdy kategorii.:	Stopień Termin ważności	Nr REGON PKD

1) niepotrzebne skreślić

2) Jeżeli szkół, kursów, szkoleń jest więcej można je dopisać na dodatkowej kartce

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 rolnych przekraczającej 2 hektary przeliczeniowe lub stanowiącym dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów podatkowych.
8. Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej TAK / NIE
Jeżeli TAK to proszę podać:
- datę rozpoczęcia działalności gospodarczej:
- datę zawieszenia działalności gospodarczej na okres od do
9. Nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników).
10. Nie pobieram na podstawie przepisów ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów zasiłku dla opiekuna.
11. Nie jestem osobą tymczasowo aresztowaną i nie odbywam kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.
12. Nie uzyskuję miesięcznie przychodu w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.
13. Nie pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłku stałego.
14. 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) jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej.
15. Nie otrzymałem(am) 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.
16. Nie pobieram, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, świadczenia pielęgnacyjnego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania.
17. Otrzymałem(am) jednorazowy ekwiwalent pieniężny za urlop górniczy TAK / NIE⁴⁾, jednorazową odprawę zamiast zasiłku socjalnego - przewidzianych w Układzie Zbiorowym Pracy dla Pracowników Zakładów Górniczych TAK/ NIE⁴⁾, lub odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia umowy o pracę TAK/ NIE⁴⁾, przy czym upłynął okres, za jaki został wypłacony ww. ekwiwalent lub odprawa lub odszkodowanie TAK / NIE⁴⁾.

- okoliczności powodującej brak gotowości do pracy,
d) powiadomienia powiatowego urzędu pracy w terminie 7 dni od wyznaczonego dnia o przyczynie niestawiennictwa,
e) powiadomienia PUP o udziale w szkoleniu finansowanym z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych, organizowanych przez inny podmiot niż PUP w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia.

II. Zostałem pouczone(a) zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 z póź. zm.):

§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.

§ 2. W razie zaniebdania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

w myśl art. 40 § 4 i 5 ww ustawy:

§ 4. Strona, która nie ma miejsca zamieszkania lub zwykłego pobytu albo siedziby w Rzeczypospolitej Polskiej lub innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, jeżeli nie ustanowiła pełnomocnika do prowadzenia sprawy zamieszkałego w Rzeczypospolitej Polskiej i nie działa za pośrednictwem konsula Rzeczypospolitej Polskiej, jest obowiązana wskazać w Rzeczypospolitej Polskiej pełnomocnika do doręczeń, chyba że doręczenie następuje za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

§ 5. W razie niewskazania pełnomocnika do doręczeń przeznaczone dla tej strony pisma pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia (...).

Zostałem również pouczone o możliwości złożenia odpowiedzi na pismo wszczynające postępowanie i wyjaśnień na piśmie.

Pełnomocnikiem strony może być osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych.

.....
podpis pracownika PUP

.....
data

.....
podpis bezrobotnego

E. STAWIENICTWO W URZĘDZIE PRACY I PROPOZYCJE PRZEDŁOŻONE BEZROBOTNEMU

Wyznaczona data stawienia się	Data stawienia się	Przedłożone propozycje (rodzaj propozycji, nazwa pracodawcy itp.)	Rozliczenie oferty pracy/ wynik skierowania	Podpis bezrobotnego	Uwagi i podpis pracownika powiatowego urzędu pracy

F. ADNOTACJE URZĘDU PRACY

29

Z dniem kartę wyłączono z rejestru z powodu:

.....
Data i podpis pracownika powiatowego urzędu pracy

OŚWIADCZENIE DLA CELÓW USTALENIA UPRAWNIĘĆ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

POSIADAM UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE Z INNEGO TYTUŁU (np. w KRUS, z tyt. pobierania renty rodzinnej itp.) - (wpisać TAK lub NIE)

Zgodnie z ustawą z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 1938) osoby bezrobotne podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszanemu przez powiatowe urzędy pracy jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. (Status członka rodziny osoby ubezpieczonej nie zwalnia powiatowego urzędu pracy z obowiązku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego osoby bezrobotnej.)

WRAZ Z MOIM UBEZPIECZENIEM PROSZĘ O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY- (wpisać TAK lub NIE)

Lp.	Nazwisko i Imię	Data urodzenia	PESEL	Rodzaj pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Numer dowodu osobistego lub aktu urodzenia
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

* Dziecko zostaje zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego do ukończenia przez nie 18 roku życia, a jeżeli uczy się dalej do ukończenia 26 roku życia, natomiast jeżeli dziecko posiada znaczny stopień niepełnosprawności - bez ograniczeń wieku. W celu dalszego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego dziecka, po ukończeniu 18 roku życia należy złożyć oświadczenie o kontynuacji nauki dziecka.

U P O W A Ź N I E N I E

Upoważniam niżej podaną osobę do pobierania w moim imieniu, w przypadku mojej niedyspozycji, zaświadczeń lub innych informacji dotyczących mojej osoby, będących w posiadaniu Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrze:

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Jeżeli zaistnieją jakiegokolwiek zmiany w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze w terminie 7 dni. Zmiany należy zgłaszać w pokoju 1.03 (I piętro).

.....
data i podpis

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE I

Pouczony (a) o odpowiedzialności karnej „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oraz wiedząc, że zgodnie z 233 § 6 KK „Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej” oświadczam:

(Oświadczenie proszę wypełnić wpisując TAK lub NIE)

- 1) Pozostaję bez pracy, jestem zdolny i gotowy do podjęcia pracy w pełnym wymiarze czasu pracy
- 2) Przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA)
- 3) Posiadam przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania pracy
- Jeżeli TAK to proszę podać jakie
- 4) Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej
- a) prowadzę działalność gospodarczą
- b) zawiesiłem (am) prowadzenie działalności gospodarczej
- 5) Posiadam nieruchomość rolną o powierzchni powyżej 2 ha przeliczeniowych
- 6) Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej
- 7) Osiągam przychody
- Jeżeli TAK podać źródło i wysokość
- 8) Pobieram niżej wymienione świadczenie:
 - rentę socjalną
 - rentę z tyt. niezdoln. do pracy
 - zasiłek chorobowy
 - rentę szkoleniową
 - zasiłek dla opiekuna
 - zasiłek macierzyński
 - świadczenie rehabilitacyjne
 - świadczenie pielęgnacyjne
 - zasiłek stały
 - zasiłek (świadczenie) przedemerytalny
- 9) Nabyłem/am prawa do renty rodzinnej
- 10) Kontynuuję naukę w szkole w systemie stacjonarnym
- 11) Kontynuuję naukę w szkole w systemie niestacjonarnym
- 12) Uczestniczę w szkoleniu lub stażu organizowanym przez inną instytucję niż Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze.
- 13) Jestem matką/ojcem samotnie wychowującą/cym dziecko/dzieci do lat 15
- 14) Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników
- 15) Pełnię funkcję członka zarządu
- Jeżeli TAK podać nazwę organizacji
- 16) Jestem dłużnikiem alimentacyjnym
- 17) Sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Jeżeli zaistnieją jakiegokolwiek zmiany w składanym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze w terminie 7 dni.

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie

Zabrze, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel

OŚWIADCZENIE

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.

.....
podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
W ZABRZU, PLAC KRAKOWSKI 9, 41-800 ZABRZE - ADMINISTRATORA
DANYCH OSOBOWYCH**

**Od dnia 25 maja 2018 r. obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)
2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).**

Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.), informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych klientów, osób bezrobotnych jest **Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze**.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@pupzabrze.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora Danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. **w celu realizacji ustawowych zadań urzędu** określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.
6. Podmiot przetwarzania danych ma prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
7. Podmiot przetwarzania danych ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli jego zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) jest obligatoryjne.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.