

OŚWIADCZENIE REJESTROWANEGO

W oparciu o treść art. 2 ust. 1 pkt 2 oraz art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam co następuje:

1. Jestem zdolny(a) i gotowy(a) do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu obowiązującego w danym zawodzie lub służbie albo innej pracy zarobkowej:
TAK NIE
pełnię funkcje organizacyjne (np. w spółkach, fundacjach, spółdzielniach)
TAK NIE
2. Jestem zatrudniony(a) lub wykonuję inną pracę zarobkową (np. umowa-zlecenie, umowa o dzieło)
TAK NIE
3. Uzyskuję miesięcznie przychody z innego tytułu (np. wynajem mieszkania, akcje, obligacje) podlegający(e) opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych (z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych)
TAK NIE
Jeśli „tak” proszę określić wysokość.....
4. Pobieram naukę w szkole (z wyjątkiem szkół dla dorosłych lub szkół wyższych gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych lub przystępuję do egzaminów eksternistycznych)
TAK NIE
5. 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
6. 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
7. Pobieram po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej:
 - a) zasiłek przedemerytalny,
TAK NIE
 - b) świadczenie przedemerytalne,
TAK NIE
 - c) nauczycielskie świadczenie kompensacyjne,
TAK NIE
 - d) świadczenie rehabilitacyjne,
TAK NIE
 - e) zasiłek chorobowy,
TAK NIE
 - f) zasiłek macierzyński,
TAK NIE
 - g) zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego,
TAK NIE
 - h) świadczenie szkoleniowe,
TAK NIE
8. Odwołałem(am) się do:
 - a) Sądu Ubezpieczeń Społecznych od decyzji ZUS (np. odmowa renty, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku wychowawczego, świadczenia rehabilitacyjnego)
TAK NIE
 - b) Sądu Pracy w sprawie niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy
TAK NIE
9. Jestem właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. - Kodeks cywilny o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub podlegam ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe
TAK NIE
10. Uzyskuję przychody podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnej produkcji rolnej lub podlegam ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w takim gospodarstwie
TAK NIE
11. Złożyłem(am) wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej (np. w Urzędzie Miejskim, w Urzędzie Gminy, w Krajowym Rejestrze Sądowym)
TAK NIE
Jeśli „tak” to:
 - a) proszę określić wskazaną we wniosku datę rozpoczęcia
 - b) złożyłem(am) wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej na okres od dnia do dnia.....

*prawidłową odpowiedź podkreślić

.....
podpis rejestrowanego (czytelny)

12. Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego
TAK NIE
13. Otrzymałem(am) przewidziane w odrębnych przepisach świadczenie w postaci jednorazowego ekwiwalentu pieniężnego za urlop górniczy, jednorazowej odprawy socjalnej, zasiłkowej, pieniężnej po zasiłku socjalnym, jednorazowej odprawy warunkowej lub odprawy pieniężnej bezwarunkowej
TAK NIE
14. Otrzymałem(am) odszkodowanie za skrócony okres wypowiedzenia
TAK NIE
15. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu
TAK NIE
Jeśli „tak” to podać rodzaj ubezpieczenia społecznego (obowiązkowe, dobrowolne, kontynuacja ubezpieczenia).....
16. Pobieram na podstawie przepisów o pomocy społecznej zasiłek stały
TAK NIE
17. Pobieram na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych:
a) świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy
TAK NIE
b) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek wpływu ustawowego okresu jego pobierania
TAK NIE
18. Pobieram na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów zasiłek dla opiekuna
TAK NIE
19. Zgodnie z art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych jestem osobą samotnie wychowującą co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat
TAK NIE

UWAGA WAŻNE! Osoby, które w okresie posiadania prawa do zasiłku staną się osobami samotnie wychowującymi dziecko do lat 15, zobowiązane są do zgłoszenia tego faktu w Urzędzie Pracy, ponieważ ma to wpływ na długość okresu pobierania zasiłku.

20. Posiadam na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, a małżonek jest także bezrobotny i utraci prawo do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania po dniu nabycia przeze mnie prawa do zasiłku
TAK NIE
21. Po skierowaniu przez urząd pracy do pracodawcy otrzymującego w ramach tego skierowania grant, świadczenie aktywizacyjne albo dofinansowanie wynagrodzenia w okresie 6 miesięcy przed zarejestrowaniem się w powiatowym urzędzie pracy rozwiązałem(am) stosunek pracy przed upływem obowiązującego okresu
TAK NIE
22. Jestem zarejestrowany jako bezrobotny(a) w innym Urzędzie Pracy
TAK NIE
23. Byłem(a) zarejestrowany(a) jako bezrobotny(a) lub poszukujący(a) pracy w innym Urzędzie Pracy.
TAK NIE
Jeśli „tak” proszę podać te urzędy oraz okresy rejestracji
24. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (np. ubezpieczenie rolników w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej) zgodnie z art. 66 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
TAK NIE
Jeśli „tak” proszę określić tytuł ubezpieczenia.....
25. Korzystałem(am) lub obecnie korzystam ze świadczeń pomocy społecznej (MOPS, GOPS)
TAK NIE
Jeżeli „TAK” to proszę podać rodzaj świadczenia oraz okres jego przysługiwania
26. Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej (dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osoby niepełnosprawnej o znacznym stopniu niepełnosprawności)
TAK NIE

Pouczenie: Jeżeli utracę lub uzyskam prawo do podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, zobowiązuję się do natychmiastowego zgłoszenia tego faktu w Powiatowym Urzędzie Pracy.

Przetwarzanie danych osobowych (w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych) następuje dla celów wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Oświadczenie należy podpisać w obecności pracownika Powiatowego Urzędu Pracy.

Prawidłowość podanych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
podpis pracownika PUP (czytelny)

.....
data

.....
podpis rejestrowanego (czytelny)