**O Ś W I A D C Z E N I E**

|  |
| --- |
| **Świadomy odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 kodeksu karnego „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 od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, iż dane podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu oraz w trakcie rejestracji są zgodne ze stanem faktycznym.** |

Ja,......................................................................................... PESEL ……………………………………………………………………..

 (Imię i nazwisko)

Stan cywilny ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zameldowania na pobyt stały .......................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(adres zgodny i aktualny z wpisem w ewidencji ludności)

Adres zameldowania na pobyt czasowy na okres od dnia …………………………… do dnia ………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................

(należy dostarczyć zaświadczenie o zameldowaniu oraz wypełnić jeżeli jest inny niż adres na pobyt stały)

Adres do korespondencji inny niż wskazany powyżej ………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu ……………………………………………………… adres e-mail ……………………………………………………………………………

**ODNOSZĄC SIĘ DO PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ NALEŻY WPISAĆ TAK LUB NIE**

**Niniejszym oświadczam, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| ……….. | jestem zdolny(a) i gotowy(a) do podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, |
| ……….. | przebywam na zwolnieniu lekarskim, |
| ……….. | otrzymałam/em odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia umowy o pracę, |
| ……….. | podjąłem(am) zatrudnienia i innej pracy zarobkowej, |
| ……….. | nabyłem(am) prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego, emerytury lub świadczenia rehabilitacyjnego, |
| **………..** | **nabyłem(am) prawa do renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia**, |
| ……….. | 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, |
| ……….. | pobieram świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego z tytułu choroby lub macierzyństwa, |
| ……….. | podlegam z mocy samego prawa ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników na gospodarstwie rolnym o pow. przekraczającej 2 ha przeliczeniowe jako współmałżonek lub domownik, |
| ……….. | posiadam (ani małżonek) gospodarstwa rolnego o pow. przekraczającej 2 ha przeliczeniowe jako właściciel lub dzierżawca, |
| ……….. | oddałem(am) w dzierżawę gospodarstwo rolne przekraczające 2 ha przeliczeniowe,  |
| ……….. | uzyskuję przychodów podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej, |
| ……….. |  jestem zarejestrowany(a**) w innym urzędzie pracy,** |
| ……….. | byłem(am) zarejestrowany/a/ w innym urzędzie pracy w okresie ostatnich 270 dni, |
| ……….. | uzyskuję miesięcznie przychodu w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia, |
| ……….. | pobieram na podstawie przepisów o pomocy społecznej zasiłku stałego, |
| ……….. | złożyłem(am) wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej, |
| ……….. | zgłosiłem(am) do ewidencji działalności gospodarczej wniosku o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszcze nie upłynął, |
| ……….. | upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej, dnia podjęcia działalności,  |
| ……….. | Jestem prezesem, v-ce prezesem, członkiem rady nadzorczej, likwidatorem spółki, spółdzielni, prokurentem, wspólnikiem spółki lub pełnię inną funkcję w spółce, |
| ……….. | 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, |
| ……….. | pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenia szkoleniowego, |
| ……….. | podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników, |
| ……….. | pobieram, na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, zasiłku dla opiekuna, |
| ……….. | pobieram nauki w szkole w systemie dziennym. |

Uczę się w systemie zaocznym, wieczorowym: Jeżeli tak to w jakiej szkole (nazwa szkoły, miejscowość, kierunek i data rozpoczęcia nauki …………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| Czy jest Pan(i) zainteresowany(a) szkoleniem? **TAK NIE****Jeśli tak, to jakim?** ..................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| Czy jest Pan(i) zainteresowany(a) podjęciem zatrudnienia w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego/Unii Europejskiej? **TAK NIE****Jeśli tak, to w jakim?** ..................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| Czy 18 miesięcy przed rejestracją w PUP był(a) Pan(i) zatrudniony(a)? **TAK NIE** |

|  |
| --- |
| ***Spełniam warunki do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu ponieważ:**** jestem właścicielem lub dzierżawcą gospodarstwa o pow. użytków rolnych ………………. ha przeliczeniowych i z tego tytułu podlegam ubezpieczeniu rolniczemu w KRUS, **TAK – NIE**,
* podlegam w KRUS ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżoneklub domownik w gospodarstwie rolnym o pow. użytków rolnych ……………. ha przeliczeniowych, **TAK – NIE**,
* posiadam prawo do renty rodzinnej w wysokości ………………………. zł brutto, **TAK – NIE**.

**i przyjmuję do wiadomości, że nie będę podlegał/a/ ubezpieczeniu zdrowotnemu w powiatowym urzędzie pracy.** |

**Oświadczam, że nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, co oznacza, że powiatowy urząd pracy dokona zgłoszenia mnie do ubezpieczenia zdrowotnego.**

**Zostałem(am) poinformowany(a), że w celu zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego jestem zobowiązany(a) złożyć wypełniony druk zgłoszenia członków rodziny (dane osobowe).**

|  |
| --- |
| **Czy korzysta Pan(i) ze świadczeń z pomocy społecznej? TAK NIE** **Jeśli tak, to proszę podać z jakich świadczeń – pieniężnych?** ………………………………………………………….………………………….…………………..………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. (zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy, pomoc na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki, zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie)**lub niepieniężnych**?…………………………..………………………………..………………………………………………………….………………Świadczenia z ośrodka pomocy społecznej zostały przyznane decyzją na okres od dnia …………………..... do dnia …………………… |

|  |
| --- |
| **Czy posiada Pan (i) co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia? TAK** **NIE** ………………………………………………………….…………….. ………………………………………………………  (imię i nazwisko) (PESEL)………………………………………………………….…………….. ………………………………………………………  (imię i nazwisko) (PESEL) **Czy posiada Pan (i) co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia?** **TAK NIE** …………………………………….…………….. …………………… ………………………………………….. ……………..…………………………... (imię i nazwisko) (PESEL) stopień niepełnosprawności orzeczenie czasowe (data) ……………………………………….………….. …………………… ………………………………………….. …………..……………………………..… (imię i nazwisko) (PESEL) stopień niepełnosprawności orzeczenie czasowe (data)  |

|  |
| --- |
| **Czy jest Pan (i) osobą samotnie wychowującą co najmniej 1 dziecko do 15 roku życia :** **TAK NIE** …………………………………………………......................... …………………………………….  (imię i nazwisko) (PESEL) …………………………………………………......................... …………………………………….  (imię i nazwisko) (PESEL) …………………………………………………......................... ………………………………….…  (imię i nazwisko) (PESEL) |

|  |
| --- |
| **Pouczenie:** Osoba samotnie wychowująca co najmniej 1 dziecko zgodnie z art. 6 ust 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1509 z późn. zm.) to: * rodzic lub opiekun prawny, będący panną, kawalerem, wdową, wdowcem, rozwódką, rozwodnikiem albo
* osobą, w stosunku do której orzeczono separację w rozumieniu odrębnych przepisowo, lub
* osobą pozostająca w związku małżeńskim, jeżeli jej małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności, jeżeli ten rodzic lub opiekun w roku podatkowym samotnie wychowuje dzieci.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej Departamentu Rynku Pracy osobą samotnie wychowującą dzieci jest osoba, która samotnie prowadzi gospodarstwo domowe bez udziału i pomocy jakiejkolwiek osoby – partnera, konkubenta lub innego członka rodziny.  |

|  |
| --- |
| ***Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach mających wpływ na posiadanie statusu bezrobotnego albo utratę prawa do świadczeń w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia zmian*** |

|  |
| --- |
| **Pouczenie:** W przypadku nienależnie pobranego świadczenia zobowiązuję zwrócić je w terminie 14 dni od dnia doręczenia stosownej decyzji, tj. kwotę otrzymanego świadczenia wraz z przekazaną od tego świadczenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz składką na ubezpieczenie zdrowotne. *Podstawa prawna: art. 2 ust. 1, art. 76 oraz art. 74 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 z późn. zm.)***Pouczenie:**Zostałam/em pouczona/y o konieczności powiadomienia powiatowego urzędu pracy o niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub sprawowaniem opieki na chorym członkiem rodziny w terminie 2 dni od daty wystawienia zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zaświadczenie lekarskie zostanie wystawione na profilu informacyjnym lekarza, następnie automatycznie wpłynie na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS, a stamtąd bezpośrednio, w kolejnym dniu po otrzymaniu zaświadczenia, na skrzynkę płatnika składek (w tym przypadku do PUP). Brak dowodu stwierdzającego absencję chorobową (zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego, wydruk wystawionego zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego) skutkuje pozbawieniem statusu osoby z pierwszym dniem niezdolności do pracy. Zaświadczeń w wymaganej formie nie potrzebują osoby odbywające leczenie w zakładzie lecznictwa odwykowego oraz bezrobotni bez prawa do zasiłku – ci bezrobotni przedkładają zwykłe zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy.**Pouczenie:**Zobowiązuję się do zgłosić lub przesłać do Powiatowego Urzędu Pracy pisemne oświadczenie o przychodach oraz inne dokumenty pod rygorem odpowiedzialności karnej, w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodu* przyjmuję do wiadomości, iż przychód – oznacza to przychód z innego tytułu niż zatrudnienie, inna praca zarobkowa, działalność gospodarcza, zasiłek lub inne świadczenie wypłacone z Funduszu pracy, podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

**Oświadczenie:**Zostałem(am) zapoznany/a/ z art. 9 i 10 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 z późn. zm.) zgodnie, z którym strona ma prawo do uzyskania informacji o swojej sytuacji faktycznej i prawnej oraz do czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji ma prawo wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów. **Potwierdzam otrzymanie w dniu rejestracji:**- praw i obowiązków osoby bezrobotnej,- druku zawiadomienia o rezygnacji z rejestracji,- informacji o formach wsparcia dla osób bezrobotnych,- ulotki na temat profilowania pomocy dla osób bezrobotnych oraz IPD. |

.................................................... ………………….........................................

 podpis pracownika urzędu data i podpis składającego oświadczenie