

Lubartów, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zameldowania

**OŚWIADCZENIE**  
**do ustalenia statusu bezrobotnego/ poszukującego pracy\***

**POUCZENIE: należy wpisać TAK lub NIE**

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1  | Jestem osobą zatrudnioną lub wykonuję inną pracę zarobkową (tj. wykonuję pracę lub świadczę usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub umowy o pomocy przy zbiorach w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników albo wykonuję pracę w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych). |  |
| 2  | Jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia: <u>Jeżeli TAK proszę podkreślić właściwą odpowiedź</u><br>a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej lub<br>b) w co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy, gdyż jestem osobą niepełnosprawną.   |  |
| 3  | Uczę się w szkole (nie dotyczy osoby uczącej się w szkołach dla dorosłych lub przystępującej do egzaminu eksternistycznego z zakresu programu nauczania tej szkoły oraz uczącej się w branżowej szkole II stopnia i szkole policealnej, prowadzącej kształcenie w formie stacjonarnej lub zaocznej, lub w szkole wyższej, gdzie studiuje na studiach niestacjonarnych)   |  |
| 4  | Nabyłam/em prawo do: <u>Jeżeli TAK proszę podkreślić właściwą odpowiedź:</u><br>a) emerytury,<br>b) renty z tytułu niezdolności do pracy,<br>c) renty szkoleniowej,<br>d) renty socjalnej,<br>e) renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.  |  |
| 5  | Nabyłam/em 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.  |  |
| 6  | Pobieram: ( <u>Jeżeli TAK proszę podkreślić właściwą odpowiedź</u> ).<br>a) nauczycielskie świadczenie kompensacyjne,<br>b) zasiłek przedemerytalny,<br>c) świadczenie przedemerytalne,<br>d) świadczenie rehabilitacyjne,<br>e) zasiłek chorobowy,<br>f) zasiłek macierzyński<br>g) zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.  |  |
| 7  | Pobieram zasiłek wychowawczy, zasiłek stały przyznany na podstawie przepisów o pomocy społecznej   |  |
| 8  | Pobieram świadczenie przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych: ( <u>Jeżeli TAK proszę podkreślić właściwą odpowiedź</u> ).<br>a) świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy,<br>b) zasiłek dla opiekuna,<br>c) świadczenie wspierające.   |  |
| 9  | Pobieram dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania.  |  |
| 10 | Jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe.  |  |
| 11 | Podlegam ubezpieczeniu emerytalno - rentowemu z tytułu stałej pracy jako domownik lub współmałżonek w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe.  |  |
| 12 | Uzyskuję przychody podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej lub podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w tym gospodarstwie.  |  |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 13 | 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 podlegający opodatkowaniu podatkiem od osób fizycznych, ( <b>np. dywidenda, renta rodzinna, wynajem lokalu, działalność nierejestrowa</b> ) – <u>Jeżeli TAK proszę wpisać źródło przychodu</u> .....<br>Przez <u>przychód</u> rozumie się przychody z innego tytułu niż zatrudnienie, inna praca zarobkowa, działalność gospodarcza, zasiłek lub świadczenie wypłacane z Funduszu Pracy podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych. |  |
| 14 | Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej: <u>Jeżeli Tak proszę podać:</u><br>datę wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....<br>datę rozpoczęcia działalności gospodarczej.....<br>okres zawieszenia działalności gospodarczej od ..... do.....  |  |
| 15 | Pełnię funkcję członka zarządu /w tym prezesa/ w spółce prawa handlowego- <u>Jeżeli Tak proszę podać nazwę spółki oraz Nr KRS</u> .....   |  |
| 16 | Otrzymałam/em 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.   |  |
| 17 | Otrzymałam/em odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia umowy o pracę.  |  |
| 18 | Odbynam praktykę absolwentką nieodpłatną/ odpłatną w wysokości*.....  |  |
| 19 | Wykonuję pracę jako wolontariusz, na zasadach określonych w przepisach o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.  |  |
| 20 | Rozpoczęłam/em realizację indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego lub podpisałam/em kontrakt socjalny.  |  |
| 21 | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności (nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego).   |  |
| 22 | Jestem zarejestrowana/y w innym powiatowym urzędzie pracy.  |  |
| 23 | Jestem zameldowana/y na terenie Lubartowa lub gmin podległych PUP w Lubartowie i zostałam/em pouczone/a/y, że PUP w Lubartowie jest dla mnie właściwym urzędem do dnia utraty tego zameldowania oraz o obowiązku zgłoszenia się do urzędu właściwego dla aktualnego miejsca zamieszkania w terminie 14 dni od dnia zmiany zameldowania  |  |
| 24 | Zobowiązuję się do zwrotu, w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji, kwoty nienależnie pobranego świadczenia pieniężnego wraz z przekazaną od tego świadczenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz składką na ubezpieczenie zdrowotne.  |  |
| 25 | Zostałam/em pouczone/a/y o konieczności powiadomienia powiatowego urzędu pracy o niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub sprawowaniem opieki nad chorym członkiem rodziny w terminie 2 dni od daty wystawienia zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.  |  |
| 26 | Zostałam/em poinformowana/y, że obowiązkowym terminem zgłoszenia w powiatowym urzędzie pracy celem potwierdzenia gotowości do pracy jest pierwszy dzień roboczy przypadający bezpośrednio po ustaniu niezdolności do pracy.   |  |
| 27 | Zostałam/em pouczone/a/y o prawach i obowiązkach osoby bezrobotnej – określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy co potwierdziłam/am własnoręcznym podpisem na „Informacji dla osób rejestrujących się w powiatowym urzędzie pracy”.  |  |

.....  
podpis pracownika  
przyjmującego oświadczenie

.....  
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie,  
złożony w obecności pracownika PUP

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie w trakcie rejestracji dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zostałam pouczone o warunkach zachowania statusu bezrobotnego/ poszukującego pracy.**

.....  
data i czytelny podpis bezrobotnego/poszukującego pracy\*

(\*) niepotrzebne skreślić