

EMPLOIS D'AVENIR

DEMANDE D'AIDE

Art L. 5134-110 du code du travail



emplois d'avenir

- POUR LE COMPTE DU CONSEIL GENERAL
 POUR LE COMPTE DE L'ETAT

Cadre réservé au prescripteur

Secteur marchand : Secteur non marchand :

dept année n° d'ordre décision renouvellement décision modification

Si le financeur est le Conseil Général, n° de convention d'objectifs

dept année n° d'ordre avenant renouvellement avenant modification

Date d'initialisation (date de dépôt) : _____

Code prescripteur : _____

L'EMPLOYEUR

<p>Dénomination, raison sociale : _____</p> <p>Enseigne : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>N° : _____ Rue ou voie : _____</p> <p>Complément d'adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Commune : _____</p> <p>☎ _____</p> <p>Courriel : _____</p> <p>Adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés, si différente de l'adresse ci-dessus</p> <p>Adresse : _____</p> <p>N° : _____ Rue ou voie : _____</p> <p>Complément d'adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Commune : _____</p> <p>☎ _____</p> <p>Courriel : _____</p>	<p>N° SIRET : _____</p> <p>Code NAF2 : _____</p> <p>Statut de l'employeur : (tableau 1) _____</p> <p>Effectif salarié au 31 décembre : _____</p> <p>Organisme de recouvrement des cotisations sociales : URSSAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>Assurance chômage (cocher la case correspondante) <input type="checkbox"/> l'employeur public ou privé est affilié à l'Unédic <input type="checkbox"/> l'employeur public assure lui-même ce risque</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cette demande est-elle faite au titre d'une embauche dans le cadre d'un atelier et chantier d'insertion ? oui non

Si oui, précisez le numéro de l'annexe financière à la convention entre l'Etat et la structure porteuse de l'ACI _____

Si secteur marchand, l'employeur déclare sur l'honneur être à jour des versements de ses cotisations et contributions sociales, que l'embauche ne vise pas à procéder au remplacement d'un salarié licencié pour un motif autre que la faute grave ou lourde, qu'il n'a pas procédé à un licenciement économique dans les 6 mois précédant la date d'embauche.

LE SALARIÉ

<p>M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom de famille : _____</p> <p>Nom d'usage : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Adresse du salarié : _____</p> <p>N° : _____ Rue ou voie : _____</p> <p>Complément d'adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Commune : _____</p> <p>☎ _____</p> <p>Courriel : _____</p>	<p>Numéro IDE : _____</p> <p>(si salarié inscrit à Pôle Emploi)</p> <p>Né(e) le _____</p> <p>à _____</p> <p>NIR _____</p> <p>Nationalité : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Hors Union européenne</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si bénéficiaire RSA, n° allocataire: _____ relève de : CAF MSA

SITUATION DU SALARIÉ AVANT LA SIGNATURE DE LA DEMANDE D'AIDE INITIALE

Niveau de formation : (tableau 2) _____

Le salarié est-il inscrit Pôle emploi ? Si oui, depuis : moins de 6 mois de 6 à 11 mois 12 à 23 mois 24 et plus

Le salarié est-il sans emploi ? Si oui, depuis : moins de 6 mois de 6 à 11 mois 12 à 23 mois 24 et plus

Le salarié est-il bénéficiaire ASS : oui non RSA financé par le conseil général : oui non si oui : majoré oui non

AAH : oui non ATA : oui non

Si oui, depuis : moins de 6 mois de 6 à 11 mois 12 à 23 mois 24 et plus
(Pour les bénéficiaires du RSA, y compris la période antérieure au 01/06/2009 en RMI ou API)

Le salarié déclare-t-il être bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ? oui non

LE CONTRAT DE TRAVAIL

Type de contrat : CDI CDD

Date d'embauche prévue : Date prévue de fin de contrat (si CDD) :

Emploi proposé : (Code ROME) (se référer au site www.pole-emploi.fr)

Salaire brut mensuel prévu : euros

Durée hebdomadaire de travail prévue du salarié : h minutes modulation : oui non

Durée collective hebdomadaire de travail appliquée dans l'établissement : h minutes

Lieu d'exécution prévu du contrat s'il est différent de l'adresse de l'employeur :

N° : Rue ou voie : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : Commune : _____

LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE FORMATION PRÉVUES

• Nom et fonction du tuteur désigné par l'employeur : _____

• Organisme chargé du suivi et nom du référent : _____

• Eventuellement actions d'accompagnement social : oui non

Actions d'accompagnement professionnel :

Actions de formation :

Indiquez 1, 2 ou 3 dans la case selon que l'action est mobilisée à l'initiative de : 1 l'employeur, 2 le salarié, 3 le prescripteur

Type d'actions : Remobilisation vers l'emploi
 Aide à la prise de poste
 Elaboration du projet professionnel et appui à sa réalisation
 Evaluation des capacités et des compétences
 Aide à la recherche d'emploi
 Autre : précisez _____

Type d'actions : Adaptation au poste de travail
 Remise à niveau
 Préqualification
 Acquisition de nouvelles compétences
 Formation qualifiante

Formation : Interne Externe

Périodes de professionnalisation oui non

Si oui, niveau de qualification visé : (tableau 2)

Une ou plusieurs de ces actions s'inscrivent elles dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience ? oui non

• Si secteur non marchand, l'employeur envisage-t-il de mettre en œuvre des périodes d'immersion ? oui non

DÉCISION DE PRISE EN CHARGE (CADRE RÉSERVÉ AU PRESCRIPTEUR)

Date d'effet de la prise en charge : Date de fin de la prise en charge :

Date d'effet de la décision modificatrice : (à indiquer uniquement dans le cas d'une décision modificatrice)

Durée hebdomadaire retenue pour le calcul de l'aide : h minutes Opération spéciale :

Taux fixé par l'arrêté du préfet de région ou le ministre chargé de l'emploi : %

Dans le cas d'un contrat prescrit par le conseil général ou pour son compte (sur la base d'une convention d'objectifs et de moyens) :

Taux de prise en charge effectif si le conseil général fixe un taux supérieur au taux fixé par le préfet de région ou le ministre chargé de l'emploi : %

Financement exclusif du conseil général : oui non. Si oui, taux : %

Organisme payeur de l'aide du conseil général à l'employeur :

conseil général CAF MSA ASP Autre (préciser)

Organisme : _____

Adresse : _____

L'employeur et le salarié déclarent avoir pris connaissance de la notice d'information jointe.

Fait le : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées.

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Le salarié
(Signature)

Fait le : _____
Pour l'État ou pour le Conseil Général
(Signature et cachet)
«Pour décision d'attribution»

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Il vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à l'organisme prescripteur ou à la délégation régionale de l'Agence de services et de paiement ou à l'unité territoriale de la DIRECCTE ou de la DIECCTE.

Destinataires : Original blanc = ASP / Rose = Prescripteur / Bleu = Employeur / Jaune = Salarié