

# 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

Dénomination, raison sociale : \_\_\_\_\_

Enseigne : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue ou voie : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

N° SIRET : \_\_\_\_\_

Code NAF2 : \_\_\_\_\_

Statut de l'employeur : (tableau 1) \_\_\_\_\_

Effectif salarié au 31 décembre : \_\_\_\_\_

Organisme de recouvrement des cotisations sociales :

URSSAF  MSA  AUTRE

Assurance chômage (cocher la case correspondante)

l'employeur public ou privé est affilié à l'Unédic

l'employeur public assure lui-même ce risque

**Adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés, si différente de l'adresse ci-dessus**

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue ou voie : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

### LE SALARIÉ

M.  Mme  Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse du salarié : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue ou voie : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro IDE : \_\_\_\_\_

(si salarié inscrit à Pôle Emploi)

Né(e) le \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

NIR \_\_\_\_\_

Nationalité :  France  
 Union européenne  
 Hors Union européenne

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 reconnu travailleur handicapé ?  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](http://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 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 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»