

CONTRAT D'ENGAGEMENT RECIPROQUE N°

Revenu de Solidarité Active

S C

N° CAF :	N° Pôle Emploi :	<input type="checkbox"/> Retour dans le dispositif suite à la suspension/réduction du RSA (à détailler dans la fiche d'évaluation)
-------------------	---------------------------	--

Service ayant établi le contrat	Nom du travailleur social (CCAS, Service social départemental, CAF, autre) :
---------------------------------	--

Madame Monsieur

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

..... Courriel :@.....

Composition familiale : Isolé(e) En couple Nombre d'enfants à charge :

Formation

Jamais scolarisé Fin de collège Non connu
 Niveau CAP/BEP : CAP/BEP obtenu :
 Equivalent Bac/ Brevet Technicien : Supérieur au bac :
 Maîtrise du Français français parlé français lu français écrit Aucune maîtrise du français
 Permis de conduire : A B C D E

Activités professionnelles (joindre un CV)

Métier : En activité actuellement
 Ne travaille plus depuis : - d'un an 1 à 3 ans 3 ans et + N'a jamais travaillé
 Dernière activité exercée : CDI CDD - 6 mois CDD + 6 mois Contrat aidé Formation Professionnelle
 Intérim Activité indépendante Activité Artistique Autre :
 Durée expérience professionnelle : Recherche du 1^{er} emploi - d'un an 1 à 3 ans 3 ans et +

Mobilité

Avez-vous un moyen de locomotion ? : Oui Non
 Possédez-vous une carte de transport à prix réduit/gratuite Oui Non
 Temps moyen d'accès à pied au 1^{er} transport en commun ? (bus/train/RER) : minutes

Santé

Bénéficiez-vous de la Complémentaire Solidaire (ex CMU-C) : Oui Non

Difficultés liées à la santé : Oui Non

Suivi médical en cours : Oui Non

Reconnu en situation de handicap : Oui Non Demande RQTH en cours Demande RQTH envisagée

Logement

Propriétaire ou accédant Locataire, colocation, sous-locataire
 Hébergé (Chez des amis, de la famille,...) Logement temporaire (Appartement relais, bail glissant,...)
 Logement d'urgence (foyer, hôtel social, CHRS...) Habitat mobile (Caravane, bateau,...) Sans hébergement
 Difficultés liées au logement : Ne rencontre pas de difficulté Rencontre des difficultés d'accès au logement Surpeuplement Insalubrité Dette locative Expulsion locative en cours

Situation

Accès au numérique : forfait, wifi équipement informatique (ordinateur fixe ou portable ou tablette)

Freins familiaux à une reprise d'activité :
- Difficultés liées au mode de garde de jeunes enfants Oui Non
- Aidant auprès d'un proche en perte d'autonomie Oui Non
Si oui : Ascendant Conjoint Descendant
- Autre difficulté :

Contrat d'engagement réciproque

Bilan du précédent contrat :

.....

Dans le cadre de ce contrat, mon projet est :

.....

Pour atteindre mes objectifs, je m'engage à

.....

Orientation proposée par le référent

Suivi PDI

Préciser type d'accompagnement (CDC) :

Autre orientation (Préciser)

.....

.....

.....

Inscription Pole Emploi Suivi Pôle emploi

Inscription Plateforme Val d'Oise Emplois

.....

Accompagnement social (Préciser) :

Soutien à la parentalité Gestion du budget

Accès aux droits Logement Santé

Autre.....

.....

Durée du contrat proposée de :

6 mois 9 mois 12 mois 2 ans 3 ans

Organisme chargé de la mise en œuvre de l'accompagnement

- Conformément à la loi RSA et au décret n°2011-2096 du 30/12/2011, je suis informé(e) des échanges de données à caractère personnel entre la CAF, la MSA, Pôle emploi et le Conseil départemental.
- Je certifie avoir été informé(e) de mes droits et obligations en qualité de bénéficiaire du RSA.
- Je recevrai la décision de la Présidente du Conseil départemental concernant ce contrat par courrier.

Fait à :, le :

Signature du bénéficiaire

Décision de la Présidente du Conseil départemental du Val d'Oise

Avis favorable :

Avis défavorable (Motifs) :

Durée du contrat validé 6 mois 9 mois 12 mois 2 ans 3 ans

Date de validité : du au

Fait à :, le

Signature pour la Présidente du Conseil départemental

Ajournement du contrat :

Fait à :, le

Signature pour la Présidente du Conseil départemental