# 

# CONTRAT D’ENGAGEMENT RECIPROQUE N°

Revenu de Solidarité Active **🞎 S 🞎 C**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° CAF :  ........................................ | N° Pôle Emploi :  .......................................... | **🞎** Retour dans le dispositif suite à  la suspension/réduction du RSA  **(à détailler dans la fiche d’évaluation)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Service ayant établi le contrat | RéNom 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 : .....................................................................................

Maitrise du Français  français parlé  français lu  français écrit Aucune maitrise 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 1er 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 1er 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, colocataire, 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 : Organisme chargé de la mise en œuvre de l’accompagnement**  **6 mois** **9 mois** **12 mois**  **2 ans** **3 ans** | | |  |
| * 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