



CONTRAT UNIQUE D'INSERTION

DEMANDE D'AIDE

Art. L. 5134-19-1 du code du travail

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

Cadre réservé au prescripteur

Secteur marchand (CIE) Secteur non marchand (CAE)

0 9 4 1 6 P 0 3 6 5 5 0 0

Si le financeur est le conseil départemental, n° de convention d'objectifs

Date d'initialisation : 2 1 1 1 2 0 1 6

Code prescripteur : 9 4 0 5 0

L'EMPLOYEUR

Dénomination, raison sociale :

LYCEE GENERAL ET TECHNO E DELACROIX

Enseigne : Lycee eugene delacroix

Adresse : LYCEE EUGENE DELACROIX

LYCEE E DELACROIX

5 RUE PIERRE CURIE

94700 MAISONS ALFORT

Tél : 0145183270

Courriel :

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

Adresse : GIP FCIP CUI ADR

LYCEE EUGENE DELACROIX

LYCEE E DELACROIX

12 RUE GEORGES ENESCO

94010 CRETEIL CEDEX

Tél :

Courriel :

N° SIRET : 19940116700010

Code NAF2 : 8531Z

Statut de l'employeur : 70

Etablissement public d'Enseignement (lycée,

Effectif salarié au 31 décembre : 98

Organisme de recouvrement des cotisations sociales :

URSSAF MSA AUTRE

Assurance chômage

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

L'employeur assure lui-même ce risque

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 CIE, 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 SALARIE

M. Mme Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénoms :

Adresse du salarié :

5 ALL

DEBUSSY

Tél :

Courriel :

Numéro IDE :
(si salarié inscrit à Pôle emploi)

Né(e) le :

à :

NIR :

Nationalité : France
 Union européenne
 Hors Union européenne

Si bénéficiaire du RSA, n° allocataire : 0032211

relève de : CAF MSA

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

Niveau de formation : 51 BEP et CAP (diplôme obtenu)

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

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

Le salarié est-il bénéficiaire : ASS : oui non RSA financé par le conseil départemental : 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 de 12 à 23 mois 24 mois 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

Un exemplaire de ce document est conservé par l'employeur et le salarié. L'original est conservé par le prescripteur.

LE CONTRAT DE TRAVAIL

Type de contrat : CDI CDD

Date d'embauche prévue : 01/12/2016 Date prévue de fin de contrat (si CDD) : 30/11/2017

Emploi proposé : (Code ROME) K2104 Éducation et surveillance au sein d'établissements d'enseignement
(se référer au site www.pole-emploi.fr)

Salaire brut mensuel prévu : 838 euros

Durée hebdomadaire de travail prévue du salarié : 20 h 00 Modulation : oui non

Durée collective hebdomadaire de travail appliquée dans l'établissement : 35 h 00

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

LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE FORMATION PREVUES

Nom et fonction du tuteur désigné par l'employeur : MONSIEUR LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

Organisme chargé du suivi et nom du référent : POLE EMPLOI

Eventuellement actions d'accompagnement social : oui non

Actions d'accompagnement professionnel :

Types d'actions (*) : 1 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 :

Actions de formation :

Types 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 :

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

(*) 1, 2 ou 3 selon que l'action est mobilisée à l'initiative de : 1 l'employeur, 2 le salarié, 3 le prescripteur

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE (CADRE RESERVE AU PRESCRIPTEUR)

Date d'effet de la prise en charge : 5 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 : 20 h 00 Opération spéciale :

Taux fixé par l'arrêté du préfet de région : 70 %

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

Taux de prise en charge effectif si le conseil départemental fixe un taux supérieur au taux fixé par le préfet de région : %

Financement exclusif du conseil départemental : oui non Si oui, taux : %

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

conseil départemental CAF MSA ASP Autre

Organisme :

Adresse :

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

Edité pour signature le : 21/11/2016

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

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Le salarié
(Signature)

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.

Un exemplaire de ce document est conservé par l'employeur et le salarié. L'original est conservé par le prescripteur.