

# REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE

Loi n°2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008

Ce document a été réalisé sur la base d'une hypothèse de transfert d'une synthèse des éléments contenus dans IODAS RSA aux RGP au moment de la demande de diagnostic.

## Contrat d'Engagements Réciproques entre l'allocataire et le Président du Conseil Général

Le Revenu de Solidarité Active est conditionné à un ensemble de droits et d'obligations fondé sur l'engagement des allocataires dans un parcours d'insertion vers l'emploi.

Le présent document va permettre à votre Référent Unique d'évaluer votre situation et de vous proposer :

- des actions d'insertion sociale stipulées dans un Contrat d'Engagements Réciproques ou
- une réorientation vers le pôle emploi pour signature d'un Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi.

Si l'évaluation débouche sur la signature d'un **Contrat d'Engagements Réciproques** entre vous et le Département du Nord, sachez que cela vous engage à entreprendre des actions d'insertion pour améliorer votre situation. De son côté, le Département du Nord s'engage à vous offrir un accompagnement social destiné à lever les freins à votre insertion professionnelle ;

Pour établir ce contrat, votre **Référent Unique** vous aidera à définir un projet d'insertion, des objectifs adaptés à votre situation et à déterminer les actions nécessaires pour le réaliser.

### Identification de l'organisme

UTPAS  CCAS  Association  MSA

Nom de l'organisme : .....

Adresse : N°:..... Rue : .....

Code postal :..... Commune : .....

Référent : Nom : ..... Prénom : .....

## Identification de l'allocataire

Numéro identifiant .....

Date d'ouverture des droits : ..... / ..... / .....

Mme  Melle  M

Titulaire de l'allocation  Conjoint

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'époux (se) : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : N° : ..... Rue : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N°téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Avez-vous déjà bénéficié du RMI (RSA) ?  Oui, il y a + de 2 ans  Oui, il y a - de 2 ans  Non

Si oui : un Contrat d'Insertion ou un contrat d'Engagements Réciproques a-t-il déjà été élaboré ?  Oui  Non

Si oui, merci de bien vouloir remplir le bilan ci-dessous

## Bilan d'un précédent CER ou CI

Si vous avez déjà bénéficié d'un Contrat d'Engagements Réciproques, d'un Contrat d'Insertion ou d'actions d'insertion sociale, précisez le thème de ces actions et le nom des organismes dans lesquels elles ont été réalisées. Précisez aussi toutes autres démarches réalisées en vue de votre insertion.

.....  
.....  
.....

## Quel bilan faites-vous des actions auxquelles vous avez déjà participé ou des démarches déjà entreprises

.....  
.....  
.....

# Diagnostic social et professionnel

## Situation professionnelle

Vous :

- |   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Travaillez                         | Depuis quand : ..... | Nature de l'activité exercée : .....  |
| <input type="checkbox"/> Ne travaillez pas                  | Depuis quand : ..... | Dernière activité exercée : .....   |
| <input type="checkbox"/> Travaillez par intermittence       |                      | Nature de l'activité exercée : .....  |
| <input type="checkbox"/> N'avez jamais travaillé            |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Vous êtes en formation             |                      | Quelle est la période de formation : de ..... / ..... / ..... à ..... / ..... / ..... |
|   |                      | Nature de la formation suivie : .....   |
| <input type="checkbox"/> Avez un projet de formation        |                      | Nature de la formation envisagée : .....  |
| <input type="checkbox"/> Etes reconnu travailleur handicapé |                      |   |

Recherchez-vous un emploi ?  Oui  Non

Précisez le métier recherché : .....

Précisez le secteur d'activité : .....

## Niveau d'étude et compétences

### Diplômes :

Niveau I/II : enseignement sup.

Niveau III : BAC + 2

Niveau IV : BAC ou équivalent

Niveau V : CAP / BEP

Niveau V bis : Fin de scolarité obligatoire (BEPC)

### Reconnu en France

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Dernier diplôme obtenu : .....

Date d'obtention : .....

Autre qualification ou certificat professionnel :

.....

Autre compétence ou activité extraprofessionnelle :

- Niveau VI : Niveau Certificat d'Etudes Primaires  
 Niveau VII : Jamais scolarisé

Niveau de maîtrise du français :  Lu  Parlé  Ecrit  
 Permis de conduire :  A  B  C  D  E  aucun

## Situation sociale

**Santé** Régime de base auquel l'allocataire est affilié :  Sécurité Soc.  CMU  Aucun  
 Régime complémentaire :  Mutuelle privée  CMU-C  Aucun

Avez-vous des difficultés liées à votre santé ?  Oui  Non

**Démarches entreprises** : Faites-vous l'objet d'un suivi médico-social ?  Oui  Non

### Nature du logement

- Logement autonome  
 Hébergement d'urgence ou logement temporaire  
 Habitat précaire (Squat...)  
 Hébergé chez un tiers  
 Autres : .....

### Difficultés de logement

- Pas de difficultés  Fin de bail, expulsion  
 Pas de logement  Qualité du logement (insalubrité...)  
 Impayés loyers (...)  
 Logement inadapté (surpeuplement...)  
 Autres : .....

**Démarches entreprises** :  Accès à un logement  Maintien dans le logement  Aucune

### Situation financière et administrative

Avez-vous des problèmes d'endettement ?  Oui  Non  
 Êtes-vous confronté à des difficultés administratives ?  Oui  Non

**Démarches entreprises** :  Accompagnement budgétaire  Dossier de surendettement  Accès aux droits  
 Autres, précisez .....

**Mobilité** De quels moyens de locomotion disposez vous ?  Véhicule personnel  Deux roues

	<b>Facilement accessible ?</b>	<b>A quelle distance du domicile ?</b>
<input type="checkbox"/> Bus, car, métro, tramway	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> moins d'1km <input type="checkbox"/> entre 1et 5 km <input type="checkbox"/> plus de 5 km
<input type="checkbox"/> Train	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> moins d'1km <input type="checkbox"/> entre 1et 5 km <input type="checkbox"/> plus de 5 km

Existe-t-il d'autres freins à votre mobilité ?  Oui  Non.

Si oui lesquelles : .....

### Disponibilité Avez-vous des difficultés liées :

- à la garde d'enfant(s) de moins de 6 ans  à la garde de proche(s) invalides ou dépendant(s)  
 à la garde d'enfant(s) de plus de 6 ans  autres : .....

Ces difficultés constituent-elles un obstacle à votre recherche d'un emploi ?  Oui  Non

### Démarches entreprises :

Si oui, nom de l'organisme : .....

### Autres évènements survenus dans votre vie et susceptibles d'accroître ou d'amoindrir votre disponibilité au travail.

.....  
 .....  
 .....

## Synthèse du diagnostic

**Si vous êtes confronté à des difficultés qui font obstacle à votre recherche d'emploi, les classer par ordre de priorité (1 ; 2 ; 3...) dans la liste ci-dessous :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problèmes de santé                         | <input type="checkbox"/> Problème de mobilité, de transports                           |
| <input type="checkbox"/> Reconnaissance travailleur handicapé       | <input type="checkbox"/> Lecture écriture compréhension du français                    |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de logement                      | <input type="checkbox"/> Indisponibilité liée à la garde d'un enfant ou d'une personne |
| <input type="checkbox"/> Difficultés financières ou administratives | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....                                       |
| <input type="checkbox"/> Besoin de formation                        | .....  |

**Au vu de ces éléments, le Référent Unique :**

- Confirme l'orientation vers un accompagnement social (dont le détail est présenté dans le CER ci-après)
- Préconise une réorientation vers Pôle Emploi pour l'élaboration d'un Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi (PPAE).

**Date :** \_\_\_\_\_ **Signature du référent :** \_\_\_\_\_ **Signature de la personne :** \_\_\_\_\_

# Contrat d'Engagements Réciproques

**S'il s'agit d'un renouvellement : n° de renouvellement : .....**

**Quelles sont les démarches ou projets que vous souhaitez mettre en œuvre dans les mois à venir :**

.....

.....

.....

**Quels sont les atouts compétences sur lesquels vous pouvez vous appuyer ?**

.....

.....

**Quelles sont les actions d'insertion qui vous sont proposées par votre Référent Unique, dans le présent CER ?**

Action proposée	Code de l'action	Objectifs visés	Organisme proposé

**Date de début du présent contrat : .../ .../ ..... Date d'échéance du contrat : .../ .../ ..... soit : ..... mois**

**Partie réservée aux remarques du contractant**

.....

.....

.....

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,..... accepte les actions proposées et atteste avoir été informé(e) que ce projet de Contrat d'Engagements Réciproques est communiqué au Président du Conseil Général pour validation et que son non respect peut entraîner la suspension de l'allocation RSA.

**Date** \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_

**Partie réservée au référent Unique par rapport au contenu du contrat**

.....

.....

.....

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,..... Référent Unique, me porte garant des données contenues dans le contrat et ai informé la personne que le non respect des ces engagements peut entraîner la suspension de l'allocation RSA.

**Date** \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_

## Validation par délégation du Président du Conseil Général

Le Département du Nord conduit des actions spécifiques pour les allocataires du RSA. Ces diverses aides sont faites pour faciliter la réalisation des projets d'insertion des allocataires du RSA. Le Département du Nord, en partenariat avec l'Etat, la Région et les communes met à disposition des services et finance des actions dans les domaines du logement, de la santé, de l'insertion sociale, de la formation...

Observations du PLES à la lecture du Contrat :

Fait à

Le

Pour le Président du Conseil Général du Nord  
Le Responsable du Pôle Lutte contre les Exclusions et Promotion de la Santé.

PROJET