



FICHE DE LIAISON REFERENT – CONSEIL GENERAL

Maison du Département Solidarité :
Correspondant :
Référent Solidarité/Professionnel :
Organisme:
Tél. : Mail :

BENEFICIAIRE DU RSA

N° Allocataire CAF :RSA depuis le :

N° Pôle Emploi (si inscrit) : Niveau de formation :

Nom patronymique : Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance : Situation familiale :

N° Téléphone : N° Portable :

E-mail :

CONTRAT D'ENGAGEMENTS RECIPROQUES :

DATE DE DEBUT : DATE DE FIN :

SOLLICITATION DE L'AVIS DU CORRESPONDANT

➤ DEMANDE D'APPUI

☐ Passage en Equipe Pluridisciplinaire

☐ Actions Conseil Général

☐ Modification du PAP

☐ Autre(s) :

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

➤ **DEMANDE D'ETUDE EN EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE**

☐ **Réorientation**

☐ Emploi¹

☐ Solidarité¹

Motif de la demande :

☐ Radiation Pôle Emploi

☐ Orientation initiale inadaptée

☐ Changement de situation de la personne

☐ **Suspension**

☐ Non signature du PPAE ou du Contrat d'engagement²

☐ Non respect du PPAE ou Contrat d'engagement

☐ Autres

☐ Radiation Pôle Emploi

☐ Refus de se soumettre au contrôle

Motif de la demande :

➤ **DEMANDE D'ACTION CONSEIL GENERAL**

POLITIQUE DE DROIT COMMUN – ACTION SOCIALE

Actions de prévention - protection autour de l'enfant et de la famille

☐ Accompagnement social par la MDS

Action de protection juridique et d'accompagnement des majeurs

☐ Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)

Action autour du logement

- ☐ Dans le cadre du PDALPD
- ☐ Aides financières
- ☐ Dispositifs d'accompagnement du FSL

Politique de prévention santé

☐ Actions dans le cadre des Programmes Territoriaux de Santé (PTS)

ACTIONS COMPLEMENTAIRES ET SUBSIDIAIRES - DISPOSITIF INSERTION SOCIALE

Axe 1 Dynamisation et Mobilisation des compétences

- ☐ Emergence de projet de vie
- ☐ Gestion du budget et consommation
- ☐ Bien-être, accès aux soins, prévention des conduites addictives

Axe 2 Développement et Validation des compétences

- ☐ Maîtrise des savoirs de base
- ☐ Ateliers du savoir

Axe transversal complémentaire

- ☐ Mobilité
- ☐ Développement de projets collectifs

Autres actions et dispositifs

☐ Précisez : (action, organisme)

¹ A chaque demande de réorientation, transmettre également, l'échelle de distance à l'emploi.

² A chaque demande de suspension, transmettre aussi les différents courriers de convocations.

ACTION FAVORISANT ET PROMOUVANT L'INSERTION VERS L'EMPLOI - DISPOSITIF D'INSERTION PROFESSIONNELLE

Remobilisation et accompagnement vers l'emploi : Perfectionnement et accès à l'emploi.

- | | |
|---|---|
| ☐ Remobilisation autour du projet professionnel | ☐ Financement de formation |
| ☐ Action collective Mobilité | ☐ Médiation vers l'emploi |
| ☐ Découverte des métiers | ☐ Accès et suivi dans l'emploi |
| ☐ Insertion par l'Activité Economique. | ☐ Marché de placement |
| ☐ Accompagnement dans le cadre d'une SIAE | ☐ Accompagnement MIE |
| ☐ Positionnement sur un Contrat Unique d'Insertion non Marchand ³ | ☐ PLIE |
| ☐ Chantier Ecole | ☐ Actions Spécifiques |
| ☐ Actions Spécifiques | |

Projets transversaux spécifiques :

- ☐ Suppléances ATTEE
- ☐ Clauses d'Insertion
- ☐ Autres actions collectives : (Précisez) :

³ A chaque positionnement sur un CUI, veuillez transmettre le CV.

➤ **SIGNATURE DU REFERENT ET DU BENEFICIAIRE**

PARTIE RÉSERVÉE AU RÉFÉRENT

.....
.....

A : le :

Signature du référent :

PARTIE RÉSERVÉE AUX REMARQUES DU BÉNÉFICIAIRE ⁴

.....
.....

Je soussigné€, Madame, Monsieur,

adhère aux actions proposées et atteste avoir pris connaissance que les informations seront communiquées au Président du Département pour validation et que le non respect de l'obligation d'engagement peut entraîner la suspension de l'allocation RSA après avis de l'équipe pluridisciplinaire.

A : le :

Signature du bénéficiaire :

⁴ la signature du bénéficiaire est obligatoire dans le cas d'une demande d'action CG ou d'avenant au contrat.

OBSERVATION/AVIS DU CORRESPONDANT

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le,

Signature,

**AVIS DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE POUR UNE DEMANDE DE
REORIENTATION OU DE SUSPENSION**

☐ Favorable

☐ Défavorable

Avis Motivé :

.....

.....

.....

.....

Fait le,

Signature,

PARTIE RÉSERVÉE AU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL

Décision : Avis favorable : ☐ Avis défavorable: ☐

Avenant au Contrat d'Engagements Réciproques initialement signé : ☐ oui ☐ non

.....

.....

.....

.....

▪ **Structure désignée pour l'inscription à une action CG:**.....

Adresse :

Animateur :

N° Téléphone :..... N° Fax :

E-mail :

Le :.....

Signature : Le Président du Conseil Général
Par délégation,
Le Chef du Service Local Allocation Insertion
ou le directeur de Maison du Département Solidarité.

Structure souhaitée pour l'action: _____

PARTIE RÉSERVÉE A LA STRUCTURE POUR UNE DEMANDE D'ACTION CG

NOM DE LA STRUCTURE :

Nom de l'intervenant :

Adresse :

Tél. :

Fax :

e-mail :

Date du 1^{er} rendez-vous :

☐ La personne commence la prestation

☐ La personne ne s'est pas présentée au rendez-vous (*autre date de rendez-vous*) : _____

☐ La personne n'intègre pas la prestation (*motif*) _____

☐ La personne ne poursuit pas la prestation (*motif*) _____

☐ Réorientation vers le référent-solidarité, le : _____

SYNTHESE DE L'ACTION

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

A : le :

Signature:

Cachet