

ANNEXES

ANNUAIRE DES CLIE

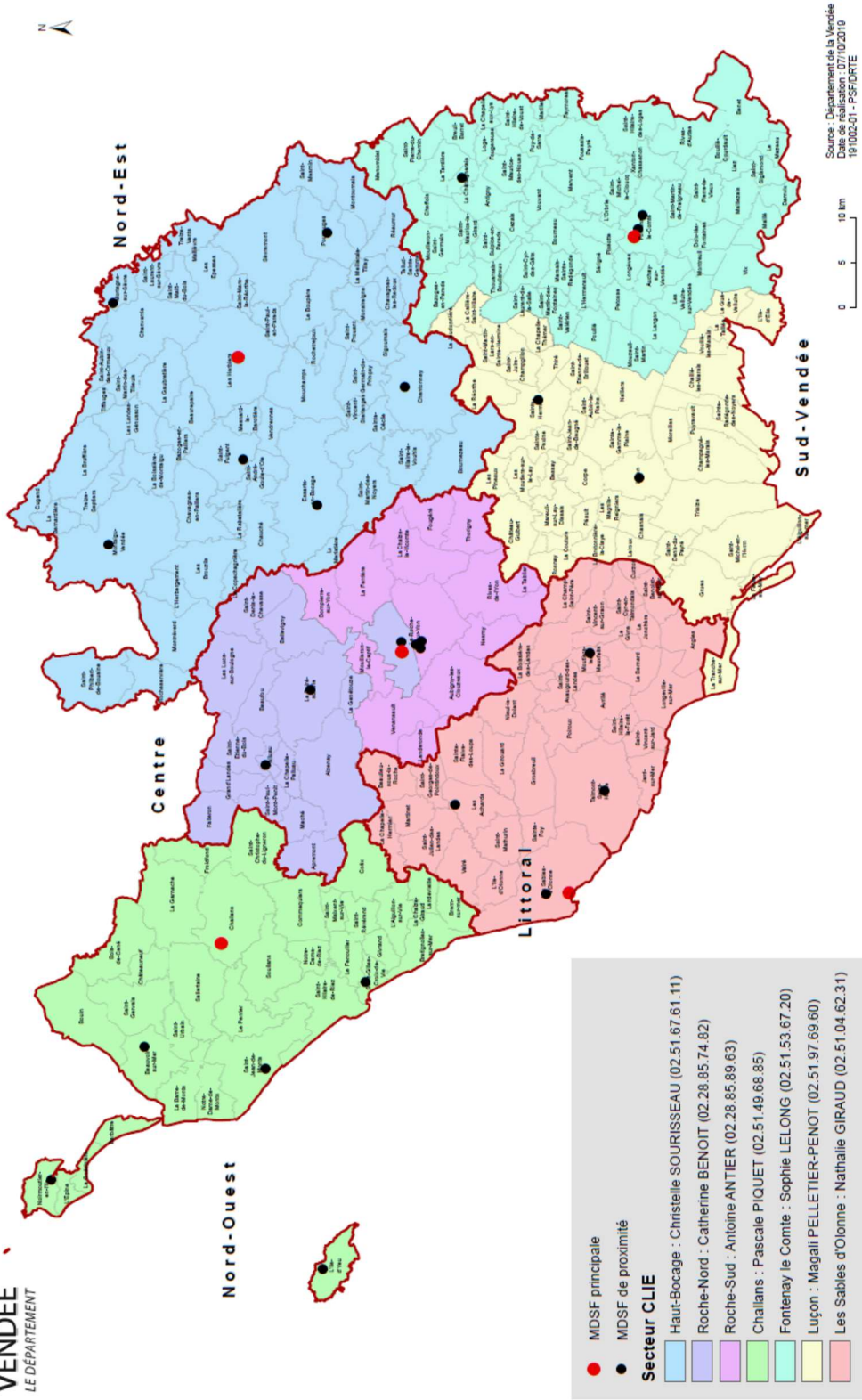
CLIE	adresses	Conseillers CLIE	Secrétariat
CHALLANS	Maison Départementale des Solidarités et de la Famille 11, Rue Emilio Segré Parc Activ'Océan 85 300 CHALLANS Tél. : 02.51.53.67.00	Pascal PIQUET Mail : pascale.piquet@vendee.fr Tél : 02.51.49.68.85	Sophie AUBIER Mail : sophie.aubier@vendee.fr Tél : 02.51.49.68.73
FONTENAY LE COMTE	Maison Départementale des Solidarités et de la Famille 9, rue de l'Ouillette 85200 FONTENAY LE COMTE Tél. : 02.51.53.67.00	Sophie LELONG Mail : sophie.lelong@vendee.fr Tél : 02.51.53.67.19	Elisabeth CHAILLOU Mail : elisabeth.chaillou@vendee.fr Florence CABARET Mail : florence.cabaret@vendee.fr Tél : 02.51.53.67.20
LUCON	Maison Départementale des Solidarités et de la Famille 1 Quai Est du Port 85400 LUCON Tél : 02.51.97.69.69	Magali PELLETIER-PENOT Mail : magali.pelletier-penot@vendee.fr Tél. : 02.51.97.69.63	Katia SACHOT Mail : katia.sachot@vendee.fr Tél : 02.51.97.69.60
HAUT-BOCAGE	Maison Départementale des Solidarités et de la Famille Avenue de Gaulle 85500 LES HERBIERS Tél : 02.51.67.61.00	Christelle SOURISSEAU Mail : christelle.sourisseau@vendee.fr Tél : 02.51.67.61.11	Michèle FAUCHARD Mail : michele.fauchard@vendee.fr Tél : 02.51.67.61.10
ROCHE NORD	Maison Départementale des Solidarités et de la Famille Cité des Forges – bât A – porte 99 – 3 ^{ème} étage 85000 LA ROCHE S/YON Tél : 02.28.85.74.74	Catherine BENOIT Mail : catherine.benoit@vendee.fr Tel. : 02.28.85.74.83	Florence GUERRY Mail: florence.guerry@vendee.fr Tél. : 02.28.85.74.82
ROCHE SUD	Maison Départementale des Solidarités et de la Famille 18 Rue Gallieni 85000 LA ROCHE S/YON Tél : 02.28.85.89.89	Antoine ANTIER Mail : antoine.antier@vendee.fr Tel. : 02.28.85.89.64	Elisabeth CHAILLOU Mail : elisabeth.chaillou@vendee.fr Tél. : 02.28.85.89.62 Nelly RAVON Mail : nelly.ravon@vendee.fr Tél : 02.28.85.89.63
LES SABLES D'OLONNE	Maison Départementale des Solidarités et de la Famille 8, rue jean Bernard 85100 LES SABLES D'OLONNE Tél : 02.51.04.62.20	Nathalie GIRAUD Mail : nathalie.giraud@vendee.fr Tel. : 02.51.04.62.29	Emmanuelle BOURLET Mail : emmanuelle.bourlet@vendee.fr Tél : 02.51.04.62.30 Nathalie HELBERT Mail : nathalie.helbert@vendee.fr Tél. : 02.51.04.62.31

CARTE DES TERRITOIRES ET INSTANCES D'EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

DIAS - SIE - Commissions Locales pour l'Insertion et l'Emploi
au 1er octobre 2019



VENDÉE
LE DEPARTEMENT



ANNUAIRE DES MISSIONS LOCALES

Mission Locale	Coordonnées	Direction
Pays Yonnais	Espace Prévert 70 Rue Chanzy BP 14 85001 LA ROCHE SUR YON Cedex Tél : 02.51.09.89.70	Directrice Carole MARTIN Mail : missionlocale@mlpy.org
Haut-Bocage	Rue de l'Etendue 85500 LES HERBIERS Tél : 02.51.66.81.15	Directrice : Amélie PASQUIER Mail : contact@mlhb.fr
Sud Vendée	47 Rue Tiraqueau 85200 FONTENAY LE COMTE Tél : 02.51.51.17.57	Directrice : Isabelle GIRARD Mail : mailto:mission-locale-sud-vendee@wanadoo.fr
Vendée Atlantique	34 Rue de l'Hôtel de Ville 85100 LES SABLES D'OLONNE Tél : 02.51.23.16.87 Antenne de Challans : 02.51.35.23.21	Directrice : Véronique CANTIN Mail : mailto:direction@mlva.org

RSA : Fiche de demande Action PVI ou de réorientation

Site POLE EMPLOI de : Nom du référent prescripteur :		CLIE de :	
NOM et PRENOM :		Demande action PVI ou réorientation	Argumentation de la demande
Adresse :			
Identifiant PE :			
Date d'inscription PE :			
N° Allocataire CAF/MSA :			
Nom Conseiller PE :			
N° de Tél Conseiller :			

Date de la demande :

Date de l'EP :

Cadre réservé à la CLIE

Signature Bénéficiaire :

Décisions et Observations de l'Equipe Pluridisciplinaire :

Pour le Président du Conseil Départemental de la Vendée

(EN CAS D'ABSENCE DE SIGNATURE DU BENEFICIAIRE, EN EXPLIQUER LA RAISON)

Cette fiche vaut attestation de droit RSA Droits et Devoirs à la date de sa signature

Cette fiche a pour objet de permettre : les réorientations, les entrées en action du PVI (chantiers d'insertion, conseiller RSA, Aides à la mobilité....) Se référer au PVI

RSA : Fiche orientation médiation emploi



mdede
Maison Départementale de l'Emploi
et du Développement Économique



Financé par le Fonds
social européen dans le
cadre de la réponse de
l'Union à la pandémie
de COVID-19

Fiche d'orientation / prescription Opération « Médiation Emploi » du 01.01.2022 au 31.12.2022

Identification du bénéficiaire*

Mme Mr : NOM : Prénom :
Date de naissance : .. / .. /
Adresse :
.....
Téléphone : fixe : Portable :

Information sur le bénéficiaire si bénéficiaire du RSA

N° CAF/MSA : Allocataire du RSA : OUI NON
Inscrit à Pôle emploi depuis le : .. / .. / Numéro identifiant Pôle emploi :
.....
Bénéficiaire du RSA Socle soumis aux droits et devoirs : OUI NON
Bénéficiaire du RSA Majoré : OUI NON
Date d'ouverture du droit RSA :
État du droit :
.....
Orientation : Social Emploi
Organisme prescripteur :

Informations sur le prescripteur

Nom Prénom
Téléphone Mail
Organisme

Informations sur le référent

Nom Prénom
Téléphone Mail
Organisme

Information sur le bénéficiaire si travailleur handicapé

Bénéficiaire d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé : OUI NON
Organisme prescripteur :
.....

Informations sur le prescripteur

Nom Prénom
Téléphone Mail
Organisme

Informations sur le référent

Nom Prénom
Téléphone Mail
Organisme

*participant au sens du FSE

Information sur le bénéficiaire si jeune de moins de 25 ans

Organisme prescripteur : Mission locale MECS Foyer Départemental de l'Enfance
 Aide Sociale à l'Enfance

Informations sur le prescripteur

Nom..... Prénom.....
Téléphone..... Mail.....
Organisme.....

Informations sur le référent

Nom..... Prénom.....
Téléphone..... Mail.....
Organisme.....

Motifs de la prescription

Décision du Service Insertion Emploi / Direction de l'Insertion et de l'Accompagnement Social du Département

Accord pour la mise en œuvre de l'action :

OUI NON

Motifs du refus :

.....
.....

Cette fiche est à transmettre par mail à l'adresse suivante : mediation-emploi@vendee.fr

Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département de la Vendée, pour faciliter et améliorer l'orientation, la réorientation et l'accompagnement des bénéficiaires du revenu de solidarité active en coordonnant les actions d'insertion conformément l'article L262-29 du Code de l'action sociale et des familles. Ces données peuvent être conservées jusqu'à 10 ans à compter de la date de fin du contrat d'engagement réciproque. Ces données sont destinées aux personnes habilitées du Département de la Vendée et de la Maison Départementale de l'Emploi et du Développement Économique.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service Insertion par l'Emploi, 40 rue du Maréchal Foch 85000 La Roche sur Yon. » Vous pouvez également contacter le délégué à la protection des données du Département de la Vendée par courrier électronique à l'adresse protection. donnees@vendee.fr ou à défaut par voie postale à l'adresse suivante : « Conseil Départemental de la Vendée, Délégués à la protection des Données, 40 rue du Maréchal Foch, 85000 La Roche sur Yon.»

J'autorise le Département de la Vendée à utiliser mes données à caractère personnel pour les finalités ci-dessus :

OUI NON

Signature du bénéficiaire
(date)

Signature du prescripteur
(date)

PIECES JUSTIFICATIVES à joindre avant transmission (situation du participant appréciée à la date d'entrée dans l'opération) :

- Attestation de paiement de la CAF (ou relevé de situation CAF PRO ou CDAP) ou de la MSA pour justifier le statut de bénéficiaire du RSA.
- Attestation d'accompagnement par la Mission locale ou attestation d'accueil de l'Aide Sociale à l'Enfance pour justifier le statut de jeune de moins de 25 ans.
- Notification de décision de la MDPH pour justifier le statut de personne en situation de handicap avec une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

RSA : Fiche travailleurs indépendants



DIAGNOSTIC TRAVAILLEUR INDEPENDANT B.R.S.A.

MDSF / CLIE :

Date :

Nom du Référent unique :

N° de poste :

Informations sur l'entrepreneur

Mme M. Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél : e-mail :

N° CAF/MSA.....

Informations sur l'entreprise / la société

Nom de l'Entreprise :

N°RCS ou n° Insee :

Adresse :

CP : Ville :

Forme Juridique :

Micro-entrepreneur Entreprise Individuelle EURL SARL
 SAS SASU Autre :

Activité :

Commentaires :

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement de données destiné au Département de la Vendée, pour faciliter et améliorer l'orientation, la réorientation et l'accompagnement des bénéficiaires du revenu de solidarité active en coordonnant les actions d'insertion conformément à l'article L262-29 du Code de l'action sociale et des familles. Ces données peuvent être conservées jusqu'à 10 ans à compter de la date de fin de contrat d'engagement réciproque. **Ces données sont destinées aux personnes habilitées du Département de la Vendée et aux partenaires du Département réalisant des mesures d'insertion pour l'emploi.** Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le Service Insertion par l'Emploi par courrier électronique à l'adresse insertion@vendee.fr ou à défaut par voie postale à l'adresse suivante : « Conseil Départemental de la Vendée, Service Insertion par l'Emploi, 40 rue du maréchal Foch 85000 La Roche sur Yon. » Vous pouvez également contacter le Délégué à la protection des données du Département de la Vendée par courrier électronique à l'adresse protection.donnees@vendee.fr ou à défaut par voie postale à l'adresse suivante : « Conseil Départemental de la Vendée, Délégué à la Protection des Données, 40 rue du maréchal Foch 85000 La Roche sur Yon. »

J'autorise le Département de la Vendée à utiliser mes données à caractère personnel pour les finalités ci-dessus :

oui non

Date et Signature du bénéficiaire pour accord :

A remplir par le secrétariat de la CLIE

Date de validation de l'instance :

A scanner :

Partie réservée au Conseiller Entreprise

- Lancement de l'Accompagnement du BRSA dans le cadre de son entreprise,
 Réorientation du BRSA,
 Autre (précisez) :

Date et Signature du bénéficiaire pour accord :

RSA : Fiche accompagnement global



Cette opération est cofinancée par le Fonds social européen dans le cadre de la réponse de l'Union à la pandémie de COVID-19

Fiche prescription/orientation pour
 Axe 2 : Accompagnement global
 Axe 3 : Accompagnement social « exclusif »

- *L'échange de données est limité strictement aux données listées ci-dessous.*
- *La fiche peut être remise en main propre lors des diagnostics partagés entre Pôle emploi et le partenaire.*
- *Si envoi par mail, la fiche est obligatoirement chiffrée avant l'envoi avec AxCrypt ou 7 zip ou autre logiciel de chiffrement. La clé de déchiffrement sera adressée à Pôle emploi ou au partenaire par un autre canal.*

Structure prescriptrice		
<input type="checkbox"/> Pôle emploi	<input type="checkbox"/>	(nom du partenaire)
Prescripteur : Nom :	Prénom :	Fonction :
Numéro de téléphone :	Mail :	

Demandeur d'emploi	
Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> NOM	Prénom Date de Naissance :
Adresse : Commune :	
Email (si consentement)	
Téléphone : fixe :	Portable :
Numéro identifiant Pole Emploi : Numéro Identifiant CAF :	
BRSA oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
RQTH) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Famille : seul <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/>	
Nombre d'enfants à charges : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Travailleur social connu par le demandeur :	

	Freins périphériques du demandeur d'emploi	Très important	important	Peu important
<input type="checkbox"/>	Faire face à des difficultés financières			
<input type="checkbox"/>	Faire face à des difficultés de logement			
<input type="checkbox"/>	Prendre en compte son état de santé			
<input type="checkbox"/>	Faire face à des difficultés administratives ou juridiques			
<input type="checkbox"/>	Surmonter des contraintes familiales			
<input type="checkbox"/>	Développer ses capacités d'insertion et de communication			
<input type="checkbox"/>	Accéder à un moyen de transport			

Aucune information d'ordre économique et financière ne doit être communiquée

Pour votre information, les données personnelles portées sur la présente fiche de liaison sont collectées par Pôle emploi en vue de votre orientation, selon votre cas, en accompagnement global ou en accompagnement social exclusif, dans le cadre de la convention de partenariat entre Pôle emploi et le Département de Vendée.

La mise en œuvre de l'accompagnement global repose sur une prise en charge conjointe des besoins sociaux et professionnels d'un demandeur d'emploi par un conseiller Pôle emploi et un professionnel du travail social travaillant de manière simultanée et complémentaire. Les autorités et les services nationaux et européens chargés du contrôle de la bonne utilisation du FSE peuvent être destinataires de cette fiche de liaison.

L'accompagnement social exclusif peut être proposé à un demandeur d'emploi qui rencontre des difficultés sociales bloquant de façon manifeste sa recherche d'emploi. Ce suivi social exclusif a vocation à permettre au demandeur d'emploi de mettre en veille ses obligations vis-à-vis de Pôle emploi le temps de lever suffisamment les freins sociaux qui bloquent toute démarche d'insertion professionnelle. A l'issue de cette étape, en accord avec le travailleur social, le demandeur d'emploi réactive son parcours d'insertion professionnelle. La concertation mise en place entre Pôle emploi et les services sociaux visent à accompagner au mieux le demandeur d'emploi lors de ces différentes étapes dans une logique de parcours global.

Les parties s'engagent à respecter la réglementation applicable aux traitements de données personnelles, notamment le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 dit « règlement général sur la protection des données » (RGPD) et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Sauf obligation légale ou réglementaire particulière, le Conseil Départemental de Vendée s'engage à détruire toutes les données personnelles et toutes leurs copies dès qu'elles ne sont plus nécessaires à l'exécution de la convention et au plus tard :

- en cas d'orientation en accompagnement global, dans un délai de 10 ans à compter de la fin de la convention
- en cas d'orientation en accompagnement social exclusif, dans un délai de 2 mois à compter de la fin de la convention

Conformément à la loi informatique et libertés et au RGPD, vous pouvez faire valoir vos droits notamment votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant votre agence Pôle emploi de rattachement (**indiquer l'adresse mail de l'agence PE**) et en joignant à votre demande un justificatif de votre identité ou auprès de la déléguée à la protection des données courriers-cnild@pole-emploi.fr

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à partir de son site internet www.cnil.fr. »

Je soussigné(e) M/Mme reconnais avoir été informé(e) des finalités de cet échange de données entre Pôle emploi et le partenaire

Fait à, le

Signature du demandeur d'emploi :

Décision suite au diagnostic partagé (à adresser à la structure prescriptrice)

Entrée en accompagnement Global OUI NON

Entrée en accompagnement Social Exclusif OUI NON

Visa et date de Pôle emploi et du Département

PIECES JUSTIFICATIVES à joindre à la fiche de prescription/orientation pour un accompagnement global avant transmission (participant : demandeur d'emploi) :

- Attestation Pôle Emploi ou copie de la consultation du système DUDE ou AUDEM de Pôle Emploi.

RSA : Fiche accompagnement psychologique



Cette opération bénéficie
du soutien du Fonds
social européen Plus
FSE+



Cofinancé
par l'Union
européenne

Fiche d'orientation / prescription Opération « Accompagnement psychologique vers une remobilisation sociale et professionnelle » du 01.01.2022 au 31.12.2022

Identification de la personne

Mme Mr NOM Prénom Date de naissance : .. / .. /
Adresse
Téléphone : fixe : Portable :
N° CAF/MSA : Allocataire du RSA OUI NON
Inscrit à Pôle emploi depuis le : .. / .. / Numéro identifiant Pôle emploi :

<u>Les freins à l'insertion repérés</u>		Très important	Important	Peu important
<input type="checkbox"/>	Problème familiaux (séparation, divorce, décès...)			
<input type="checkbox"/>	Problème d'isolement social			
<input type="checkbox"/>	Problème de santé (physique, mental, comportement dépendance...)			
<input type="checkbox"/>	Problèmes linguistiques			
<input type="checkbox"/>	Problèmes financiers			
<input type="checkbox"/>	Problème de logement			
<input type="checkbox"/>	Problème de mobilité			
<input type="checkbox"/>	Problème de garde d'enfants			
<input type="checkbox"/>	Absence d'expériences professionnelles			
<input type="checkbox"/>	Difficultés à mettre en œuvre les actions de recherche d'emploi			
<input type="checkbox"/>	Faible autonomie dans la recherche d'emploi / problème de confiance en soi			

<u>Les potentialités</u>		Très important	Important	Peu important
<input type="checkbox"/>	Motivation			
<input type="checkbox"/>	Disponibilité			
<input type="checkbox"/>	Mobilité			
<input type="checkbox"/>	Expériences professionnelles significatives			
<input type="checkbox"/>	Acquis de base et/ou qualifications			
<input type="checkbox"/>	Connaissance de l'environnement professionnel			
<input type="checkbox"/>	Autonomie dans les démarches			

Argumentaire :

Date : .. / .. /

NOM - Prénom de la personne

Date : .. / .. /

NOM - Prénom du référent social et professionnel

(Signature)

(Signature)

PIECES JUSTIFICATIVES à joindre à la fiche de prescription/orientation pour un accompagnement psychologique avant transmission :

1- Attestation de paiement de la CAF (ou relevé de situation CAF Pro ou CDAP) ou de la MSA, pour les bénéficiaires du RSA.

Ou

2- Attestation Pôle emploi ou copie de la consultation du système DUDE ou AUDEM de Pôle Emploi et copie de la fiche de prescription/orientation pour un accompagnement et global : - Axe 2 : Accompagnement global - Axe 3 : Accompagnement social « exclusif » pour les demandeurs d'emploi de « l'approche globale ».

Ou

3- Copie de la décision d'attribution du comité du Fonds d'Aide aux Jeunes attestant de l'accord de la mesure d'accompagnement pour les jeunes relevant du dispositif FAJ.

Ou

4- Copie de la décision de la CLIE validant l'entrée en chantier d'insertion signée du Conseil Départemental ou l'attestation d'entrée en IAE pour le public de Pôle Emploi pour les personnes bénéficiant d'une action dans une structure d'insertion par l'activité économique du PDIE (chantier d'insertion).

Ou

5- Copie du contrat d'engagement du PLIE signé du PLIE, du participant et du référent de parcours PLIE pour les participants du PLIE de La Roche-sur-Yon Agglomération.

Bulletin d'inscription bilan de santé

L'examen de santé Un moment pour faire le point sur votre santé...

Réalisé dans un lieu unique, l'examen de santé est un acte préventif personnalisé et de haute qualité qui prend en compte votre âge, votre mode de vie, vos antécédents personnels et familiaux, votre suivi médical...

Avec votre accord, les résultats pourront être communiqués à votre médecin traitant qui prendra le relais.

Entretien avec
le médecin
*commentaires des résultats
et examen clinique*

Examen
gynécologique*

Examens
biologiques
sang et urines

Examen
bucco-dentaire*

Examens
para-médicaux
*taille, poids, tension artérielle,
souffle, vue, audition, cœur...*

Un examen de santé, pourquoi est-ce important pour vous ?

Vous n'êtes pas malade, vous vous sentez en pleine forme et à l'abri du risque de maladie ? Alors, pourquoi faire cet examen ?

L'examen de santé vous permet de mieux gérer votre capital santé pour profiter pleinement de la vie et de vos proches.

L'examen de santé vous permet d'être mieux informé. Grâce à des conseils personnalisés et adaptés à votre situation, vous pourrez prendre en main votre santé aujourd'hui et surtout pour demain.

... un temps d'échanges avec une équipe à votre écoute

Vous pouvez en profiter pour aborder des sujets que vous n'avez peut-être jamais eu l'occasion d'évoquer lors des consultations chez votre médecin traitant.

A chaque étape de l'examen, médecins et infirmières vous donnent des conseils personnalisés d'éducation pour la santé.

Des séances collectives ou individuelles sur les grands facteurs de risque (alimentation, tabac, alcool, activité physique, hygiène bucco-dentaire...) peuvent vous être proposées.

C'est l'occasion de vous informer et d'obtenir les réponses aux questions que vous vous posez.

Le savez-vous ?

Les Centres d'examens de santé ont tous un système certifié ISO 9001 : c'est un gage de qualité pour l'organisation des examens de santé.

*En fonction des ressources du Centre d'examens de santé

Bulletin d'inscription

Vos coordonnées _____

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Date de naissance _____

N° sécurité sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Portable _____

Caisse d'affiliation _____

Votre situation professionnelle _____

Salarié(e)	CDI	CDD
Retraité(e) ou pré-retraité(e)	Étudiant(e)	Demandeur d'emploi
Bénéficiaire du RSA	En stage d'insertion	
Autre (précisez) _____		

Vos préférences pour un rendez-vous (cochez 2 cases) _____

Lundi	Mardi	Mercredi
Jeu	Vend	

Dates impossibles du _____ au _____

La date et l'heure du rendez-vous seront précisées dans le courrier de convocation.

Vous pouvez inscrire un autre membre de votre famille _____

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Date de naissance _____

N° sécurité sociale _____

Une aide pour mieux accéder à vos droits

- Avez-vous déclaré un médecin traitant ?
- Pouvez-vous prétendre à une aide pour accéder à une mutuelle : couverture maladie universelle (CMU), aide pour une complémentaire santé (ACS) ?
- Souhaitez-vous rencontrer un travailleur social ?

Le Centre d'exams de santé peut vous orienter dans ces démarches.

Un accès au dépistage et diagnostic précoce

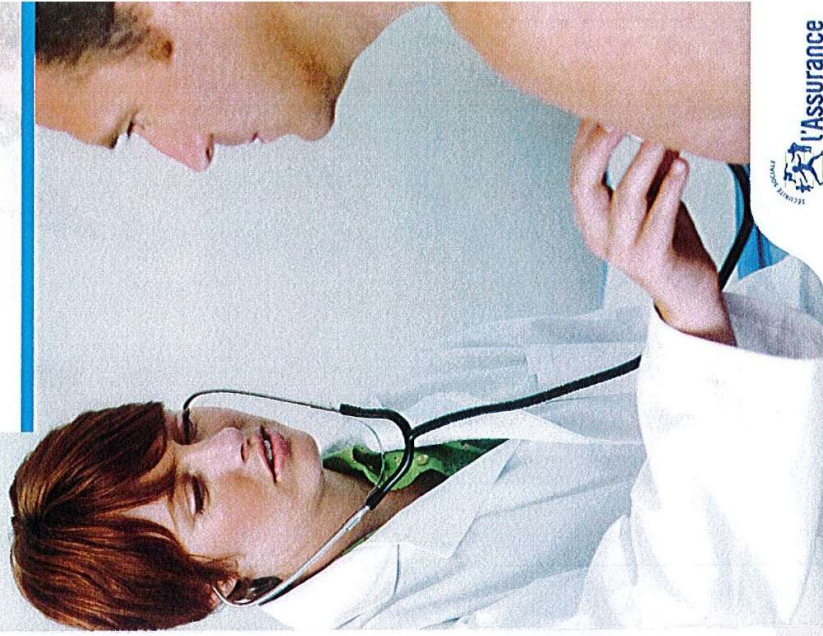
Le Centre d'exams de santé vous offre la possibilité de réaliser un frottis, de faire un test de dépistage d'hépatite C et de VIH en fonction de vos facteurs de risques.

Il vous oriente, selon votre âge, vers les dépistages organisés (colorectal, sein...) dans votre région.

**CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ
DE LA CPAM DE VENDÉE**
CS 40010
13 Rue Pierre Bérégovoy
85035 La Roche-sur-Yon Cedex
Tél. 02 51 44 68 99

Faites le point aujourd'hui pour votre santé de demain

Notre Centre d'exams de santé vous invite à réaliser un examen de santé, **gratuit**, encadré par une équipe professionnelle et pluri-disciplinaire.



Imprimé unique

Réinitialiser le formulaire

Date d'envoi :

IMPRIMÉ UNIQUE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Service instructeur

Nom :	Adresse :
-------	-----------

Intervenant

Nom et prénom :	Qualité :
Téléphone :	Mail :

Demandeur

Numéro d'allocataire (CAF ou MSA) :	
NOM (marital s'il y a lieu) :	Prénom :
Nationalité (uniquement pour le FAJ) :	
Adresse :	Téléphone :
CP Commune :	E-Mail :
Statut au regard du logement :	
<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé(e) <input type="checkbox"/> FJT <input type="checkbox"/> Autre structure <input type="checkbox"/> Sans logement	
Situation professionnelle :	Niveau d'études (BEP, CAP...) pour FAJ uniquement :
<input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Autre cas	
Numéro de sécurité sociale :	
<i>(uniquement pour les allocataires MSA et demandes d'aide financière CARSAT)</i>	

Destinataire

CAF <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	ASE <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non
MSA <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	FAJ <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non
CCAS <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	FSL <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non
CPAM <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Autre <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non

* Secours d'urgence

** Allocation mensuelle d'aide à l'enfance

--

Composition du ménage

	Demandeur	Conjoint
Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) / Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) Depuis le :	
Situation professionnelle	Depuis le :	Depuis le :

Enfants à charge

Nom	Prénom	Naissance	Sexe	Situation scolaire et/ou professionnelle (établissement, centre de formation...)	Résidence alternée
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Naissance attendue ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non					

Enfants non à charge et pris en charge périodiquement

Nom	Prénom	Naissance	Sexe	Lieu de vie habituel (sube parent, famille, établissement...)	Résidence alternée
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Enfants ou autres personnes vivant au foyer

Nom	Prénom	Naissance	Parenté	Situation

Situation économique et financière

Ressources du mois en cours	Demandeur	Conjoint	Autre(s) au foyer
Situation professionnelle actuelle			
Salarié en CDI			
Salarié en CDD, intérim			
Revenus non-salariés, commerçant, artisan, exploitant agricole, ...			
Allocation chômage <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> ARE			
Rémunération de stage, d'apprentissage			
Indemnités journalières			
Pensions			
... de retraite			
... invalidité			
... de réversion			
... de veuvage			
... militaire			
... alimentaire			
... prestation compensatoire			
Allocations			
Allocation aux adultes handicapés			
RSA			
Rente accident			
Prime d'activité			
<input type="checkbox"/> AL/APL au bénéficiaire <input type="checkbox"/> Versé au tiers			
Autres ressources			
Prestations familiales			
Allocations familiales			
Allocation de base			
Complément de libre choix du mode de garde			
Prestation partagée éducation de l'enfant			
Complément familial			
Allocation de soutien familial			
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé			
Autres ressources (ARS,...)			
TOTAL DES RESSOURCES	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL DES RESSOURCES DU FOYER		0,00 €	
TOTAL DES RESSOURCES DU FOYER (moins AL/APL)		0,00 €	
Pension alimentaire / ASF			
<i>A remplir impérativement pour les enfants de parents séparés</i>			
Pour chacun des enfants concernés, indiquer le montant de la pension alimentaire attribuée et/ou le montant de l'ASF (totale ou complémentaire)			
NOM – Prénom	Montant PA, ASF, ASF c.	NOM – Prénom	Montant PA, ASF, ASF c.
À défaut des démarches administratives ou des procédures sont-elles engagées en vue d'obtenir la pension alimentaire, de l'ASF ou l'intermédiation financière ?			
Si non, pourquoi ?			

Observations :

Situation économique et financière (suite)

Charges mensuelles	Montant	Dettes
Charges liées au logement (montants mensuels)		
Loyer		
Accession à la propriété		
Frais d'hébergement		
TOTAL DU LOYER	0,00 €	0,00 €
Charges d'énergie pour le logement (montants mensuels)		
Électricité (y compris chauffage) <input type="checkbox"/> Cocher si mensualisé		
Eau <input type="checkbox"/> Cocher si mensualisé		
Autre moyen de chauffage Préciser :		
Gaz en bouteille		
Assurance habitation		
Impôts (taxe habitation, taxe foncière, ordures ménagères, redevances incitatives)		
TOTAL DES CHARGES RÉSIDUELLES POUR LE LOGEMENT	0,00 €	0,00 €
Charges liées aux enfants (montants mensuels)		
Frais de scolarité (cantine, transport, internat)		
Pension alimentaire à reverser		
Frais de garde (en totalité)		
TOTAL DES CHARGES LIÉES AUX ENFANTS	0,00 €	0,00 €
Autres charges (montants mensuels)		
Communication <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Internet		
Assurance (Nombre de véhicules :)		
Impôts		
Mutuelle		
Frais de transport		
Découvert bancaire utilisé		
Autre (préciser) :		
TOTAL DES AUTRES CHARGES	0,00 €	0,00 €
Crédits, saisies, plan d'apurement, indus (préciser et détailler – indiquer le coût mensuel)		
		De à
		De à
		De à
		De à
Saisine de la commission de surendettement <input type="checkbox"/>		Date de saisine :
Plan conventionnel de redressement <input type="checkbox"/>		Date de fin :
PRP <input type="checkbox"/>		Date de fin :
Moratoire <input type="checkbox"/>		
TOTAL DES CREDITS	0,00 €	
TOTAL GÉNÉRAL	0,00 €	0,00 €
RESTE À VIVRE PAR JOUR POUR LE FOYER	0,00 €	
Mesures de protection et/ou d'aide à la gestion du budget		
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Sollicitée (en cours)		

Observations :

(Préciser les dates de dernières factures payées)

Historique des aides sollicitées sur les 6 derniers mois

	Montant global de l'aide	Date accord	Date refus
Centre communal d'Action Sociale			
Caisse d'Allocations Familiales			
Mutualité Sociale Agricole			
Caisse primaire d'Assurance Maladie			
Aide Sociale à l'Enfance			
Fonds Solidarité Logement – Énergie			
Fonds Solidarité Logement – Accès			
Fonds Solidarité Logement – Impayés de loyer			
Fonds d'Aide aux Jeunes (Secours d'urgence, aides financières Comité FAJ, actions d'accompagnement)			
Autres (bons, colis...)			

Plan d'aide sollicité

Service destinataire	Montant de l'aide sollicitée	Modalités de paiement (carte, mensualité...)	Subvention / prêt virement
Centre communal d'Action Sociale			<input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Caisse d'Allocations Familiales / Mutualité Sociale Agricole Secours d'urgence Aide financière			Subvention <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Caisse Primaire d'Assurance Maladie			<input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Fonds Solidarité Logement – Accès Cautionnement Dépôt de garantie ASLL 1 ^{er} loyer Frais d'agence Assurances Déménagement Aide à l'installation Facture résiliation énergie (nv logement)			Prêt Prêt <input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Fonds Solidarité Logement – Maintien Impayés de loyer Énergie / Fluides Aide incurie Impayés télécommunication Impayés place de stationnement (GdV)			<input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt Subvention <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Aide Sociale à l'Enfance Secours d'urgence <i>Allocation mensuelle</i> AM** insuffisance de ressources AM** "action socioéducative spécifique"			Subvention Virement : Famille <input type="checkbox"/> Famille. <input type="checkbox"/> Tiers
Fonds d'Aide aux Jeunes SU* bons alimentaires SU* bons hygiène SU* bons carburant SU* virement <i>Aide Comité FAJ</i> Financière Action d'accompagnement			<input type="checkbox"/> Jeune. <input type="checkbox"/> Tiers Virement : <input type="checkbox"/> Jeune. <input type="checkbox"/> Tiers
Autres (Microcrédit Emmaüs...)			

* Secours d'urgence

** Allocation mensuelle

IMPORTANT

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département de la Vendée **pour la gestion de l'imprimé unique notamment afin de déterminer le plan d'aide et réaliser les démarches nécessaires d'aides financières, la réalisation de l'évaluation sociale ainsi que la réalisation de statistiques anonymes**. Les données collectées et traitées sont conservées en lien avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ou à défaut conformément aux prescriptions des archives de France et/ou des archives départementales et son destinées **aux agents habilités du Département de la Vendée et aux organismes payeurs**. Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès et également exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant par voie électronique à l'adresse protection.donnees@vendee.fr ou à défaut par voie postale : Département de la Vendée, Délégué à la protection des données, 40 rue du Maréchal Foch, 85923 LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 9. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex – www.cnil.fr).

Après la lecture des informations susmentionnées, je, soussigné(e)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés à la connaissance du service et m'engage à signaler tout changement qui interviendrait dans ma situation.

Fait à _____, le _____

Signature

Evaluation sur 1 page

Evaluation sur 2 pages

ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION SOCIALE ET PLAN D'AIDE PROPOSÉ

Nom :	Prénom :
Adresse :	Téléphone :
CP Commune :	E-Mail :
Numéro d'allocataire (CAF ou MSA) :	
Numéro de sécurité sociale :	

--

Signature du référent social :	Signature du responsable :
--------------------------------	----------------------------

Réponse FAJ :
