



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

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

Envoyé en préfecture le 13/12/2023

Reçu en préfecture le 13/12/2023

Publié le

ID : 031-213100480-20231211-M231211_D2352-DE

☐ Secteur marchand (CIE) ☒ Secteur non marchand (CAE)
0 3 1 2 3

Si le financeur est le conseil départemental, la convention d'objectifs

Date d'initialisation : 2 0 1 1 2 0 2 3

Code prescripteur : 3 1 0 0 1

L'EMPLOYEUR

Dénomination, raison sociale :

COMMUNE DE BAZIEGE

Enseigne : MAIRIE DE BAZIEGE

Adresse : MAIRIE DE BAZIEGE

16 AVENUE DE L HERS

31450 BAZIEGE

Tél : 0561818125

Courriel : accueil@ville-baziege.fr

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

Adresse :

Tél :

Courriel :

N° SIRET : 21310048000010

Code NAF : 8411Z

Statut de l'employeur : 10

Commune

Effectif salarié au 31 décembre : 45

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 : DURAND

Nom d'usage :

Prénoms : JULIE

Adresse du salarié :

47 IMP

DES AMANDIERS

RES VERDAUJA BAT B APPRT B02

31450 LABASTIDE BEAUVOIR

Tél : 0668188050

Courriel : JULIE.DURAND2405@GMAIL.COM

Numéro IDE : 3970320R

(si salarié inscrit à Pôle emploi)

Né(e) le 24/05/1986

à LAON

02 (AISNE)

NIR : 2860502408074 82

Nationalité : ☒ France

☐ Union européenne

☐ Hors Union européenne

Si bénéficiaire du RSA, n° allocataire :

relève de : ☐ CAF ☐ MSA

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

Niveau de formation : 30 Niveau BTS, DUT, premier cycle ens. supérieur

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

Envoyé en préfecture le 13/12/2023

Reçu en préfecture le 13/12/2023

Publié le

ID : 031-213100480-20231211-M231211_D2352-DE

Type de contrat : ☐ CDI ☒ CDD

Date d'embauche prévue : 08/01/2024 Date prévue de fin de contrat (si CDD) :

Emploi proposé : (Code ROME) K1205 Agent / Agente d'accueil social

(se référer au site www.pole-emploi.fr)

Salaire brut mensuel prévu : 1747 euros

Durée hebdomadaire de travail prévue du salarié : 35 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 : MME SENAC BENEDICTE

Organisme chargé du suivi et nom du référent : POLE EMPLOI

Eventuellement actions d'accompagnement social : ☐ oui ☒ non**Actions d'accompagnement professionnel :**

- Types d'actions (*) : ☐ Remobilisation vers l'emploi
☒ 1 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
☒ 1 Acquisition de nouvelles compétences
☐ Formation qualifiante

Formation : ☐ Interne ☐ ExternePériodes de professionnalisation : ☐ oui ☐ nonSi 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 : 08/01/2024 Date de fin de la prise en charge : 07/01/2025

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 : 26 h 00 Opération spéciale : ☐ ☐ ☐ ☐

Taux fixé par l'arrêté du préfet de région : 40 %

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 :

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

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)**Le salarié**
(Signature)

La loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles 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 DREETS, la DRIEETS ou de la DEETS.

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



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Annexe au CERFA n°14818*03 de demande

Envoyé en préfecture le 13/12/2023

Reçu en préfecture le 13/12/2023

Publié le CUI

ID : 031-213100480-20231211-M231211_D2352-DE

La présente annexe engage les signataires sur une liste de compétences à développer sur le poste faisant l'objet d'un recrutement en CUI (CAE ou CIE). Le choix des compétences retenues tient compte du projet professionnel du bénéficiaire du contrat et des besoins du marché du travail. L'objectif est de permettre au salarié de pouvoir, à l'issue du contrat, se prévaloir d'une expérience professionnelle fondée sur l'acquisition de savoirs, savoir-faire et savoir-être, valorisables auprès de l'ensemble des employeurs.

COMPETENCES A DEVELOPPER (3 à 6)

Lister a minima 3 compétences professionnelles

1) SAVOIRS ET SAVOIR-FAIRE

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Pour déterminer les compétences professionnelles qui doivent être développées durant le CUI, vous vous référez au répertoire opérationnel des métiers et des emplois, produit par Pôle emploi, tel que prévu par l'article 1 du décret n° 2017-331 du 14 mars 2017, qui associe à chaque code ROME une liste de compétences. Les fiches métiers sont disponibles sur le site de Pôle emploi : <https://candidat.pole-emploi.fr/metierscope/>

2) SAVOIR-ÊTRE PROFESSIONNELS

<input type="checkbox"/> Avoir le sens du service	<input type="checkbox"/> Faire preuve de réactivité
<input type="checkbox"/> Être à l'écoute	<input type="checkbox"/> Faire preuve de rigueur et de précision
<input type="checkbox"/> Faire preuve d'autonomie	<input type="checkbox"/> Gérer son stress
<input type="checkbox"/> Faire preuve de créativité, d'inventivité	<input type="checkbox"/> Inspirer, donner du sens
<input type="checkbox"/> Faire preuve de curiosité	<input type="checkbox"/> Organiser son travail selon les priorités et les objectifs
<input type="checkbox"/> Faire preuve de leadership	<input type="checkbox"/> Prendre des initiatives et être force de proposition
<input type="checkbox"/> Faire preuve de persévérance	<input type="checkbox"/> Respecter ses engagements, assumer ses responsabilités

3) PRECISION QUANT A LA FORMATION ENVISAGEE DURANT LE CUI

Formacode : Libellé :

Durée : (en heures)

Le formacode peut être recherché sur le site : <https://formacode.centre-info.fr/-consultation-.html>

Adresse mail du bénéficiaire du contrat : JULIE.DURAND2405@GMAIL.COM

Adresse mail du tuteur désigné par l'employeur : RESSOURCESHUMAINES@VILLE-BAZIEGE.FR

OPCO de l'employeur :

☒ **L'employeur s'engage à mettre en œuvre des actions d'accompagnement et de tutorat en faveur du salarié recruté en CAE ou CIE. Il s'engage à mettre en œuvre des actions de formation pour son salarié en CAE, en lien avec l'OPCO ou l'organisme de formation de la branche (actions encouragées mais non obligatoires pour l'employeur de CIE). Ces actions doivent notamment permettre au salarié d'acquérir les compétences listées ci-dessus. Il s'engage à répondre aux sollicitations du prescripteur relatives au suivi du contrat. Le respect de cet engagement fera l'objet d'une évaluation par le référent chargé du suivi personnalisé du salarié en CUI. En cas de non-respect de ces engagements, l'employeur devra rembourser l'aide perçue au titre du CUI.**

A, le | | | | |

Signature de l'employeur

Signature du salarié

Signature du référent du suivi personnalisé

L'organisme prescripteur utilise les données de ce formulaire pour assurer le suivi pendant la durée du contrat. Ces données sont destinées aux agents des services statistiques du ministre chargé de l'emploi désignés et habilités par l'autorité responsable de ces services de conduire les opérations prévues aux 4° et 5° de l'article R. 5134-18 (cf article R. 5134-22 du code du travail). Ces données sont conservées par l'organisme prescripteur pendant dix ans. Conformément à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et à ses articles 15 et 16, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification des informations vous concernant.

Votre demande doit être adressée à l'organisme prescripteur, à la délégation régionale de l'Agence de services et de paiement (ASP) ou à la Direction départementale de l'emploi du travail et des solidarités (DDETS).