

MAINTIEN DANS L'EMPLOI COTE-D'OR

AIDE FORFAITAIRE

- 1^{ère} demande
 Renouvellement

Nom et prénom du bénéficiaire :

Adresse :

Tél. :

Courriel :

Date et lieu de naissance :

Le cas échéant,

IDE Pôle Emploi :

N° allocataire CAF/MSA :

Salarié

Travailleur Non Salarié

**LE DOSSIER EST A ADRESSER A L'ESPACE SOLIDARITÉ COTE-D'OR
DU DOMICILE DU DEMANDEUR
TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE AU DEMANDEUR**

AIDE DEMANDEE

Nature de la demande :

Aide forfaitaire de 100 €

1 mois 2 mois 3 mois soit une aide totale de :€

Aide forfaitaire de 50 € (pour les situations spécifiques ; ex : travail à temps partiel...)

1 mois 2 mois 3 mois soit une aide totale de :€

Éligibilité : tous les critères doivent être remplis sauf le dernier qui est facultatif

Absence de versement transport ou d'indemnités kilométriques par l'employeur sur les trajets domicile / travail

Distance domicile/travail : _____kms/jour (minimum 40 kms pour un aller et un retour)

Transports en commun inadaptés aux besoins ou aux impératifs

Nombre de trajets hebdomadaires : _____

Préciser si utilisation du véhicule personnel dans le cadre de trajets professionnels (ex : salarié du secteur de l'aide à domicile)

Désignation complète de l'employeur :

Nom :

Adresse :

Tél. :

Courriel :

Nature du contrat :

CDD CDI

Autres

Préciser : intérim, contrat d'apprentissage, contrat d'insertion, titulaire FP...)

Période du contrat : _____

Le cas échéant, allocataire ou bénéficiaire du RSA à la date demande :

Oui

Non

CER/PPAE:

Oui

En cours

Le cas échéant, bénéficiaire de la PPA à la date demande :

Oui

Non

Pièces obligatoires à joindre au dossier :

RIB du bénéficiaire

Copie du justificatif d'identité du bénéficiaire

Bulletin de salaire du dernier mois

COMPOSITION DU FOYER

Etat Civil	Demandeur	Conjoint
Nom - Prénom		
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Situation familiale		
Profession		
Employeur		
Nationalité		
Tiire de séjour en cours		

Autres membres du Foyer			
Nom - Prénom	Date de naissance	Degré de parenté	Activité ou école

Total personnes du foyer :

Ressources - Charges

Ressources mensuelles		Charges mensuelles	
Total		Total	

NB : L'aide Maintien dans l'Emploi Côte-d'Or s'adresse à tous les salariés dont la rémunération est, au maximum, égale à 1,5 fois le Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance NET (SMIC), soit 1 953,96 € NET.

S'agissant d'une aide visant le maintien dans l'emploi, les ressources retenues sont celles de la personne en emploi indépendamment des autres revenus des personnes composant le foyer.

Travailleur social instructeur :

Nom du travailleur social :

Observations éventuelles :

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

A _____ , le : _____

Signature du référent :

Cadre réservé au demandeur

Je reconnais avoir pris connaissance que :

- les informations recueillies sur ce formulaire peuvent faire l'objet d'une saisie sur fichier magnétique,
- la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire,
- cette loi garantit un droit d'accès et de modification pour les données me concernant,
- je peux refuser de répondre aux questions posées mais ne pourrai alors prétendre à aucune prestation, et déclare demander l'aide sollicitée ci-dessus, qui, le cas échéant, sera versée directement à mes créanciers.

Fait à le.....

Signature du demandeur :

PÔLE SOLIDARITES

AGENCE :

Nom et prénom du bénéficiaire :

MAINTIEN DANS L'EMPLOI COTE-D'OR

DECISION

Date de la décision :

Accord Rejet Ajournement

Aide forfaitaire de 100 €

1 mois 2 mois 3 mois Soit une aide totale de :

Aide forfaitaire de 50 € (pour les situations spécifiques)

1 mois 2 mois 3 mois Soit une aide totale de :

Observations éventuelles :

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

Cadre
(Nom, prénom, coordonnées,
signature et tampon)