RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE D'ADMISSION AU BENEFICE DES REMUNERATIONS POUR LES BENEFICIAIRES DE L'OFFRE DE REPERAGE ET DE REMOBILISATION

(Art. L 5316-1 à L. 5316-4 du code du travail, Art. D 5316-1 à D. 5316-17 du code du travail) N°17565*02

A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE (Situation à l'entrée au début de l'accompagnement)

ETAT CIVIL

M ☐ Mme ☐

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : à :

Nationalité : Française ☐ Union européenne ☐ Autre (à préciser)

Adresse :

N° appart-Point de remise : Entrée bâtiment – Immeuble :

N° voie : Lieu-dit ou boîte postale :

Type de voie : Libellé voie :

Code postal : Commune :

Adresse électronique : Tél. fixe : . ou Tél. portable :

☐ J'accepte les notifications par SMS

☐ J'accepte les notifications par mail

SITUATION FAMILIALE

• Vous êtes :

Célibataire ☐ marié(e) ☐ en union libre ☐ pacsé(e) ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐

• Vous avez : enfant(s) dont pour lequel (lesquels) vous assurez actuellement la charge effective et permanente.

REGIME DE PROTECTION SOCIALE

Numéro de sécurité sociale :

Vous êtes affilié(e) :

☐ au régime général à la caisse de : département :

☐ à un autre régime (précisez lequel) :

☐ vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE

Votre situation

Merci de cochez les cases correspondant à votre situation personnelle

☐ Vous êtes parent d'au moins trois enfants

☐ Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) judiciairement depuis moins de trois ans

☐ Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), abandonné(e) et vous assumez seul(e) la charge d'au moins un enfant résidant en France

☐ Vous êtes une femme seule enceinte

☐ Vous êtes travailleur handicapé. Si oui, avez-vous déjà perçu une rémunération dans le cadre d'un stage de formation professionnelle : OUI ☐ NON ☐

Vous êtes travailleur handicapé ou vous avez moins de 26 ans

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FRANCE ET/OU A L'ETRANGER

☐ Vous avez exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois

☐ Vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois

Indiquez ci-dessous en partant de la plus récente, vos activités professionnelles salariées, non salariées, de formation ou de chômage précédant l'entrée en stage :

PERIODE		VOTRE ACTIVITE	NOM DE VOTRE EMPLOYEUR (ou centre de formation / porteur de projet)	ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR (ou centre de formation / porteur de projet)
du	au			

A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE

Conditions d'éligibilité à la rémunération

Percevez-vous l'ARE (Allocation Retour à l'Emploi) ou l'ASS (Allocation de Solidarité Spécifique) versée par France Travail ou par votre ancien employeur public ?

OUI ☐ NON ☐

Si non :

Au cours des 3 mois précédant la demande, avez-vous perçu :

- Des revenus tirés d'une activité salariée ou d'une aide légale ou conventionnelle liée à de l'activité partielle ?

  OUI ☐ NON ☐

- Des revenus tirés d'une activité non salariée ?

  OUI ☐ NON ☐

- Des indemnités journalières de sécurité sociale de base et éventuellement complémentaires (congés légaux de maternité, paternité, adoption, maladie ou accident du travail, ou maladie professionnelle) ?

  OUI ☐ NON ☐

- Des sommes liées à une participation à un travail d'insertion sociale dans un organisme d'accueil communautaire et d'activités solidaires ?

  OUI ☐ NON ☐

- Des rémunérations liées à une activité dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (adaptation à la vie active) ?

  OUI ☐ NON ☐

La moyenne sur les 3 derniers mois de tous les revenus renseignés à « oui » ci-dessus dépasse-t-elle le montant de 300 € net par mois ?

OUI ☐ NON ☐

Vous avez répondu « oui » à cette question mais vous ne percevez plus un de ces revenus depuis le :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que :

- Les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables. Par ailleurs, je suis informé(e) des dispositions de l'article 441-7 du code pénal qui prévoit « *[…] qu'est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui* »
- Si je suis travailleur handicapé, je n'ai pas déposé de demande de rémunération auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de France Travail ; je renonce le cas échéant à solliciter de l'allocation d'aide au retour à l'emploi – formation.
- Je n'ai pas déposé de demande de rémunération auprès d'un autre organisme payeur que l'Agence de Services et de Paiement (ASP) ou auprès de France Travail sur la durée de mon accompagnement.
- J'ai bien pris connaissance de la notice jointe « Mention d'information sur le traitement de données à caractère personnel »

Fait à , le

Signature du bénéficiaire

RESERVE A L'OPERATEUR DE REPERAGE ET DE REMOBILISATION

Agrément Etat ☐ N° d'agrément (N° de convention) :

Intitulé de l'accompagnement : préciser le nom du programme d'accompagnement

Adresse électronique de l'opérateur :

Code postal et commune du lieu de l'accompagnement :

Période de conventionnement : du au

Date de début d'accès à la rémunération : Date de fin de la perception de la rémunération :

Le représentant légal de l'opérateur de repérage et de remobilisation certifie que toutes les mentions portées par son établissement sur le présent formulaire sont exactes.

Fait à le 20

Signature du représentant légal ou de la personne dûment habilitée et cachet de l'opérateur

NOTICE EXPLICATIVE A L'ATTENTION DU BENEFICIAIRE

1. Cochez les cases correspondant à votre situation

2. Remettez à votre opérateur le présent formulaire accompagné des pièces justificatives suivantes :

• ETAT CIVIL

Si vous êtes de nationalité française :

- ☐ Copie de votre carte nationale d'identité
- ☐ Ou copie de votre passeport
- ☐ Ou à défaut un certificat de nationalité

Si vous êtes de nationalité étrangère :

- Titre de séjour permettant l'accès aux stages de formation professionnelle ou un justificatif d'identité spécifique pour les situations particulières (renseignez-vous auprès de votre opérateur)

Si vous êtes mineur non émancipé :

- ☐ Autorisation parentale sur le modèle que vous remettra votre opérateur

• PAIEMENT

- ☐ Relevé d'identité bancaire/IBAN à votre nom

Si tutelle / curatelle : fournir copie du jugement ainsi que le RIB du tuteur/curateur

• PARCOURS PROFESSIONNEL

Si vous avez déjà travaillé et que vous avez moins de 26 ans

- ☐ Dernier(s) certificat(s) de travail
- ☐ Ou bulletins de salaires justifiant d'une activité pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois

• SITUATION FAMILIALE :

Si vous avez moins de 26 ans et que vous appartenez à l'une des catégories mentionnées au paragraphe « Publics particuliers »

- ☐ Photocopie du livret de famille avec la page des parents et des enfants concernés
- ☐ Copie de l'ordonnance de séparation, du jugement de divorce ou attestation de la CAF (cas des parents isolés)
- ☐ Certificat de grossesse et attestation de la CAF justifiant de votre situation

• SI VOUS ETES RECONNU TRAVAILLEUR HANDICAPE

- ☐ Notification RQTH ou BOETH
- ☐ Dernier(s) certificat(s) de travail et bulletins de paie pour 6 ou 12 mois permettant le calcul de votre rémunération

Si vous avez déjà effectué un stage rémunéré au titre de la 6e partie du code du travail :

- ☐ Décision Etat, Conseil régional, Agence de services et de paiement, Autres

• PROTECTION SOCIALE

- ☐ Copie de votre attestation d'assuré social

POUR TOUTE QUESTION RELATIVE AU TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER, VOUS DEVEZ VOUS ADRESSER EN PRIORITE À VOTRE OPERATEUR

NOTICE EXPLICATIVE COMPLEMENTAIRE

Pour le bénéficiaire

Page 2 :

Si vous êtes travailleur handicapé ou si vous avez de moins de 26 ans, le montant de la rémunération perçue sera déterminé en tenant compte de vos activités antérieures. Il est donc important de compléter le tableau prévu à cet effet et de fournir les pièces demandées pour justifier de votre parcours professionnel.

Si vous avez accepté la notification par SMS ou par mail dans le formulaire alors vous autorisez l'administration à utiliser ces données pour vous envoyer :

- des informations en rapport avec le présent dossier de rémunération.
- des informations en rapport avec l'offre de repérage et de remobilisation.

Pour l'opérateur

Page 4 :

Les conditions de ressources de la personne en accompagnement peuvent engendrer une période d'accompagnement différente de la période d'éligibilité à la rémunération. Il est donc important de disposer des 4 dates demandées.

Les dates de fin doivent être déterminées en fonction de la durée maximum prévue et autorisée.

Toute sortie définitive de l'accompagnement arrête le droit à la rémunération. Les jours d'absence non justifiés sont déduits. Il appartient à l'opération de renseigner ces informations dans l'outil DEFI, selon les consignes de l'ASP.

Les règles d'éligibilité à la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle sont décrites dans une foire aux questions. Celle-ci sera mise à disposition de l'ensemble des opérateurs.

MENTION D'INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

(A transmettre au bénéficiaire)

L'Agence de Services et de Paiement (ASP), en tant que responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel ayant pour but le versement, le contrôle et le suivi de la rémunération du stagiaire, conformément aux dispositions du code du travail (Sixième partie, Livre III, Titre IV, Chapitre Ier, Section I). Les données sont collectées par les opérateurs responsables de l'accompagnement.

Ce traitement est fondé sur l'article 6(1)(e) du Règlement (UE) 2016/679 (RGPD), relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les finalités définies et conformément aux délais prévus par le droit français (jusqu'à un maximum de 10 ans). La fourniture de ces informations est obligatoire pour permettre le versement des prestations.

Conformément au RGPD et à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition au traitement de vos données personnelles. En cas d'opposition, la rémunération et/ou la protection sociale associée ne pourront plus être garanties.

Pour exercer vos droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter l'ASP ***(veuillez noter que ces coordonnées sont réservées au thème de la protection des données personnelles et ne doivent pas être utilisées dans le cadre du suivi de votre dossier de rémunération***) :

- par courrier adressé à :

Agence de Services et de Paiement
Délégué à la protection des données
2, rue du Maupas
87040 LIMOGES Cedex 01

- par courriel à :

protectiondesdonnees@asp-public.fr

Les demandes devront être accompagnées d'une copie d'une pièce d'identité. Si, après contact avec l'ASP, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés ou que le traitement n'est pas conforme au RGPD, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.