Fiche de prescription vers une action

du Programme d’Actions Départemental pour l’Insertion et l’Emploi du Val-de-Marne 2018

Les parties 1, 2, 3, 4 et 5 sont à compléter par les prescripteurs (EDS, CCAS, Associations agréées, Pôle Emploi, CAF, Espaces Insertion, PLIE) et l’allocataire du rSa. La partie 6 est complétée par l’opérateur et renvoyée au prescripteur (rapidement).

Conformément aux obligations requises par la CNIL, les informations des prescripteurs ou des organismes ne doivent pas faire apparaître directement ou indirectement des données relatives aux origines raciales, aux opinions politiques, philosophiques ou religieuses, aux appartenances syndicales ou aux mœurs de la personne concernée.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. REFERENT PRESCRIPTEUR**Référent : 🞏 CCAS 🞏 EDS 🞏 Associations agréées Référent  🞏 Espaces Insertion 🞏 CAF 🞏 Pôle Emploi 🞏 PLIENom de l’organisme prescripteur : Adresse : Code postal : Commune : Nom de la personne qui prescrit l’action :

|  |  |
| --- | --- |
| Tél. standard :  | Tél. ligne directe : Email : |

 |
| **2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EN INSERTION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom - prénom : |  | N° identifiant: |
| Adresse :  |  | N° d’immatriculation :  |

 Code postal : Commune :  Tél. fixe : Tél. mobile :Date ouverture des droits du rSa (droits et devoirs) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ La personne bénéficie-t-elle d’un contrat d’engagements réciproques au titre du rSa : 🞏 oui 🞏 nonSi oui, date signature \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  durée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_moisLa personne bénéficie-t-elle d’un PPAE : 🞏 oui 🞏 non Avec Appui Social Complémentaire : 🞏 oui 🞏 nonLa personne bénéficie-t-elle d’un Projet d’Accompagnement Social (uniquement EDS) : 🞏 oui 🞏 non |
| **3. DATE DE RENDEZ-VOUS PREVUE AVEC L’OPERATEUR** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ne sait pas : 🞏**4.  MOTIFS DE L’ORIENTATION**Date d’envoi de la demande du prescripteur : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ *Signature de la personne en insertion* |
| **5. ORGANISME OPERATEUR**Nom de la structure : Adresse : Personne à contacter : Tél. standard : Tél. ligne directe : Email :  |
| **6. ACCUSE DE RECEPTION DE L’OPERATEUR** *(à retourner au prescripteur (mail ou courrier) , en conserver un exemplaire)*(Cocher une case au choix)**🞏** La personne a commencé l’action **🞏**La personne ne s’est pas présentée au rendez-vous**🞏** Autre situation (à préciser) : **🞏** 1er rendez-vous fixé le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Date d’envoi de l’accusé de réception : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |