

**Déclaration Préalable  
A l'Embauche  
Accusé de Réception**

URSSAF ILE DE FRANCE  
93518 MONTREUIL CEDEX  
Tél. : 3957  
Fax. :

NOM : GRELAT  
Prénom : VALERIE  
Référence dossier : GW228

ASSOCIATION PSP-PARIS-EST

SIRET : 85033025900019 APE/NAF : 9499Z

188 GRANDE RUE CHARLES DE GAULLE

Raison sociale : ASSOCIATION PSP-PARIS-EST

94130 NOGENT SUR MARNE

Adresse de l'établissement : 188 GRANDE RUE CHARLES DE GAULLE  
94130 NOGENT SUR MARNE

Nous avons pris bonne note de votre DPAE reçue le 31/03/2021 concernant GRELAT VALERIE enregistrée sous la référence dossier GW228. En procédant à cette DPAE, vous avez permis l'enregistrement des formalités dont la liste figure ci-dessous. Les informations communiquées seront transmises de manière automatique aux partenaires concernés. Pour toute information complémentaire, votre Urssaf reste à votre disposition.

Le Directeur

FORMALITÉS ENREGISTRÉES	DATE	FORMALITÉS ENREGISTRÉES	DATE
Données en vue du pré-établissement de la DADS	31/03/2021 09:32	Médecine du travail	31/03/2021 09:32

**ATTESTATION DE DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE reçue le 31/03/2021**

SALARIÉ Réf. Dossier : GW228		INFORMATION EMPLOYEUR	
Date et heure d'embauche : 01/04/2021 08:00		APE/NAF : 9499Z	
NOM	GRELAT	SIRET	85033025900019
Prénom	VALERIE	Raison sociale	ASSOCIATION PSP-PARIS-EST
N° sécurité sociale	266031827906317		
Date de naissance	28/03/1966	Adresse de l'établissement	188 GRANDE RUE CHARLES DE GAULLE
Lieu de naissance	VIERZON		94130 NOGENT SUR MARNE
La loi 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous garantit un droit d'accès, de rectification des données vous concernant et vous permet de refuser, conformément à l'article 27, leur maintien dans le fichier au cas de motif légitime. Ce droit s'exerce auprès de l'Urssaf destinataire de la déclaration.			

# 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

Cadre réservé au prescripteur

☐ Secteur marchand (CIE) ☒ Secteur non marchand (CAE)

0 9 4 2 1 P 0 0 1 8 4 0 0

Si le financeur est le conseil départemental, n° de convention d'objectifs

\_\_\_\_\_

Date d'initialisation :

2 6 0 3 2 0 2 1

Code prescripteur :

9 4 0 5 0

### L'EMPLOYEUR

Dénomination, raison sociale :

POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST

Enseigne :

Adresse :

188 GRANDE RUE CHARLES DE GAULLE

94130 NOGENT SUR MARNE

Tél : 0184237337

Courriel : evelyne.revellat@pole-sante.fr

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

Adresse :

Tél :

Courriel :

N° SIRET :

85033025900019

Code NAF2 :

9499Z

Statut de l'employeur :

50

Association

Effectif salarié au 31 décembre :

\_\_\_\_\_

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 : GRELAT

Nom d'usage :

Prénoms : VALERIE

Adresse du salarié :

119 RUE

DE L OUEST

LA PORTE 72

75014 PARIS 14

Tél : 0601211543

Courriel : VALGRELAT@YAHOO.FR

Numéro IDE : 3183844A  
(si salarié inscrit à Pôle emploi)

Né(e) le 28/03/1966

à VIERZON

18 (CHER)

N°R : 2660318279063 17

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

Type de contrat : ☐ CDI ☒ CDD

Date d'embauche prévue : 01/04/2021 Date prévue de fin de contrat (si CDD) : 31/03/2022

Emploi proposé : (Code ROME) D1401 Assistanat commercial

(se référer au site [www.pole-emploi.fr](http://www.pole-emploi.fr))

Salaire brut mensuel prévu : 1250 euros

Durée hebdomadaire de travail prévue du salarié : 26 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 : EVELYNE REVELLAT

Organisme chargé du suivi et nom du référent : POLE EMPLOI SARAH MEZIANE

Eventuellement actions d'accompagnement social : ☐ oui ☒ non

### Actions d'accompagnement professionnel :

Types d'actions (\*) : ☐ Remobilisation vers l'emploi  
☒ 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 (\*) : ☒ 1 Adaptation au poste de travail  
☐ Remise à niveau  
☐ Préqualification  
☒ 1 Acquisition de nouvelles compétences  
☐ Formation qualifiante

Formation : ☒ Interne ☐ Externe

Périodes de professionnalisation : ☐ oui ☒ non

Si 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 : 01/04/2021 Date de fin de la prise en charge : 31/03/2022

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 : 80 %

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 :

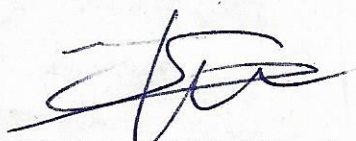
Adresse :

L'employeur et le salarié déclarent avoir pris connaissance de la notice d'information jointe.

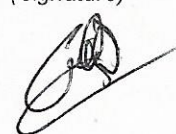
Edité pour signature le : 30/03/2021

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

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



**Le salarié**  
(Signature)



La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés 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 DIRECCTE ou de la DIECCTE.

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

EP



La présente annexe doit conduire les signataires à s'engager sur une liste limitative de compétences que le poste faisant l'objet d'un recrutement en CUI doit permettre de développer. Le choix des compétences retenues doit tenir 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

- ☒ Outils bureautiques
- ☒ Réaliser un suivi des dossiers clients, fournisseurs
- ☒ Techniques commerciales
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

Pour déterminer les compétences professionnelles qui doivent être développées durant le CUI-CAE, vous vous référerez 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 : [www.pole-emploi.fr/fiches-metiers](http://www.pole-emploi.fr/fiches-metiers).

#### 2) SAVOIR-ÊTRE PROFESSIONNELS

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Autonomie  | <input type="checkbox"/> Persévérance                        |
| <input type="checkbox"/> Capacité à fédérer    | <input type="checkbox"/> Prise de recul                      |
| <input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation | <input type="checkbox"/> Réactivité                          |
| <input type="checkbox"/> Capacité de décision  | <input type="checkbox"/> Rigueur                             |
| <input type="checkbox"/> Curiosité             | <input checked="" type="checkbox"/> Sens de l'organisation   |
| <input type="checkbox"/> Force de proposition  | <input checked="" type="checkbox"/> Sens de la communication |
| <input type="checkbox"/> Gestion du stress     | <input type="checkbox"/> Travail en équipe                   |

#### 3) PRECISION QUANT A LA FORMATION ENVISAGEE DURANT LE CUI CAE

Formacode : 35023

Libellé : secrétariat assistantat marketing

Durée : 100 (en heures)

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

Adresse mail du bénéficiaire du contrat : VALGRELAT@YAHOO.FR

Adresse mail du tuteur désigné par l'employeur : EVELYNE.REVELLAT@POLE-SANTE.FR

OPCA de l'employeur : .....

☒ L'employeur s'engage à mettre en œuvre, en faveur du salarié recruté en CUI, des actions d'accompagnement, de tutorat et de formation, en lien avec l'OPCA ou l'organisme de formation de la branche. Ces actions doivent notamment permettre au salarié d'acquérir les compétences et qualités professionnelles 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 Nogent sur Neume, le 30/03/2021

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 à 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 informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, aux articles 12 à 23 du règlement général (UE) sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer vos droits notamment d'accès et de rectifications des informations 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 DIRECCTE ou de la DIECCTE.