



## 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 0 7 4 0 0

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

Date d'initialisation : 0 9 0 2 2 0 2 1

Code prescripteur : 9 4 0 5 0

#### L'EMPLOYEUR

Dénomination, raison sociale :  
POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS ES  
Enseigne :  
Adresse :

188 GRANDE RUE CHARLES DE GAULLE

94130 NOGENT SUR MARNE

Tél :

Courriel :

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

X 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 X Nom de famille : FOURNAISE

Nom d'usage :

Prénoms : CAROLE SYLVIE

Adresse du salarié :

57 AV

ROGER SALENGRO

94500 CHAMPIGNY SUR MARNE

Tél : 0624691493

Courriel : carole.fournaise@yahoo.fr

Numéro IDE : 4799203A  
(si salarié inscrit à Pôle emploi)

Né(e) le 30/01/1969

à PARIS 11<sup>E</sup> ARRONDISSEMENT

75 (PARIS)

NIR : 2690175111164 37

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 : 20 Niveau Licence, Ecoles d'Ingénieurs

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 : 26/02/2021 Date prévue de fin de contrat (si CDD) : 25/02/2022  
 Emploi proposé : (Code ROME) E1103 Communication  
 (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 PRESIDENTE ASSOCIATION  
 Organisme chargé du suivi et nom du référent : POLE EMPLOI ELISABETH DESCHAMPS  
 Eventuellement actions d'accompagnement social : ☐ oui ☒ non

Actions d'accompagnement professionnel :		Actions de formation :	
Types d'actions (*) :	Remobilisation vers l'emploi	Types d'actions (*) :	1 Adaptation au poste de travail
	1 Aide à la prise de poste		<input type="checkbox"/> Remise à niveau
	Elaboration du projet professionnel et appui à sa réalisation		<input type="checkbox"/> Préqualification
	Evaluation des capacités et des compétences		1 Acquisition de nouvelles compétences
	Aide à la recherche d'emploi		<input type="checkbox"/> Formation qualifiante
	Autre :	Formation :	<input type="checkbox"/> Interne <input checked="" type="checkbox"/> Externe
		Périodes de professionnalisation :	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> 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 : 26/02/2021 Date de fin de la prise en charge : 25/02/2022  
 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 : 09/02/2021

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

**L'employeur ou son représentant**

(Signature et cachet)

Evelyn REVELLAT  
 Présidente

**Le salarié**

(Signature)

*[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 DDECCTE.

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



## Annexe au CERFA n°14818\*02 de demande d'aide CUI-CAE



14818\*02-1

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

- ☒ Communication externe
- ☒ Communication interne
- ☒ Normes rédactionnelles
- ☒ Réaliser des actions de relation publique, de diffusion et de promotion de l'information

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

#### 2) SAVOIR-ÊTRE PROFESSIONNELS

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autonomie                        | <input type="checkbox"/> Persévérance                        |
| <input type="checkbox"/> Capacité à fédérer               | <input type="checkbox"/> Prise de recul                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Capacité d'adaptation | <input type="checkbox"/> Réactivité                          |
| <input type="checkbox"/> Capacité de décision             | <input type="checkbox"/> Rigueur                             |
| <input type="checkbox"/> Curiosité                        | <input 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 : 32068

Libellé : coordination travail

Durée : 192 (en heures)

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

Adresse mail du bénéficiaire du contrat : carole.fournaise@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-Sr-Harne le 09/02/2021

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 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 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 DIRECTION



**Pôle  
Santé  
Pluridisciplinaire**

**CONTRAT DE TRAVAIL / CUI temps partiel**

**Entre les soussignés :**

Raison sociale :

**ASSOCIATION**

**PSP-PARIS-EST**

N° Siret : 85033025900019

Code NAF2 : 9499Z

Adresse du siège social :

**188 Grande Rue Charles De Gaulle  
94130 NOGENT SUR MARNE**

Représentée par :

**Madame Revellat Evelyne**

**Présidente de l'association**

**D'une part,**

**Et**

**Madame Fournaise Carole**

Demeurant :

**57 avenue Salengro**

**94500 CHAMPIGNY SUR MARNE**

**De nationalité Française**

**NIR : 2690175111164 37**

**D'autre part,**

**Il a été convenu et arrêté ce qui suit :**

**Date d'embauche et nature du contrat**

**L'Association PSP-PARIS-EST**

Engage **Madame Fournaise Carole** à compter du **26/02/2021** dans le cadre d'un contrat unique d'insertion d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) à durée déterminée.

Le présent contrat unique d'insertion dans sa version contrat d'accompagnement dans l'emploi fait suite à une convention individuelle conclue entre l'Etat, L'association PSP-PARIS-EST et Madame Fournaise Carole.

### **Durée du contrat**

Le contrat est conclu pour une durée de **12 mois**, du **26/02/2021 au 25/02/2022**

Les dispositions relatives au nombre maximum de renouvellement des CDD ne sont pas applicables.

### **Période d'essai**

Cet engagement est conclu sous réserve d'une période d'essai de :

- Contrat de plus de 6 mois : un mois d'essai

durant laquelle il pourra prendre fin à la volonté de l'une ou de l'autre des parties sans indemnité, dans le respect des délais de prévenance prévus par les articles L. 1221-25 et L. 1221-26 du Code du travail.

### **Classification du salarié**

#### **L'Association PSP-PARIS-EST**

Engage Madame Fournaise Carole en qualité d'**Assistante Communication** avec la qualification d'employée code ROME E1103. IDCC N° 2098 / CCN du personnel des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire.

### **Fonctions**

Madame Fournaise Carole exercera les fonctions d'Assistante Communication sous l'autorité et selon les directives de Madame Revellat Evelyne auquel elle rendra compte de son activité.

Dans le cadre de ses fonctions, Madame Fournaise Carole, et sans que cette liste soit limitative, sera chargée d'assurer :

- Faciliter la coordination
- Gérer le planning
- Gérer les relations presse
- Assurer la promotion commerciale
- Définir le plan de communication.

### **Lieu(x) de travail**

Le contrat de travail s'exécutera : 188 Grande Rue Charles de Gaulle 94130 Nogent sur Marne.

### **Durée de travail**

La durée hebdomadaire de travail de Madame Fournaise Carole est fixée à 26 heures.

La répartition de la durée du travail entre les jours de la semaine est la suivante :

- mardi, mercredi, vendredi : 10h à 13h – 14h à 18h
- jeudi : 14h à 19h

25<sup>h</sup> 52 s / 12 mois =

### **Rémunération**

En contrepartie, Madame Fournaise Carole percevra une rémunération mensuelle brute de 1 250 Euros. (112,57 h).

A l'issue de la relation contractuelle, Madame Fournaise Carole percevra, en outre, les indemnités légales de congés payés dans les conditions déterminées à l'article L.1242-16 du Code du travail.

### **Rupture du contrat de travail**

Le contrat cessera de plein droit :

- au jour de l'arrivée du terme : 25/02/2022

Le contrat peut être rompu de manière anticipée aux conditions prévues par les articles L.1243-1 et L. 5134-28 du Code du travail (force majeure, commun accord ou faute grave de l'employeur ou du salarié, conclusion d'un CDI, conclusion d'un CDD d'au moins 6 mois, suivi d'une formation conduisant à une qualification prévue à l'article L. 6314-1 du Code du travail).

### **Protection sociale**

Madame Fournaise Carole sera assujettie à la législation relative à la Sécurité Sociale, aux prestations familiales et aux accidents de travail et maladies professionnelles (URSSAF ILE DE France) ; au régime de retraite complémentaire de MALAKOFF HUMANIS ARRCO, ainsi qu'au régime de Mutuelle Allianz.

### **Convention collective applicable**

Le présent contrat est régi par la convention collective nationale du personnel des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire (IDCC n° 2098).

Fait en deux exemplaires,  
à Nogent, le 26 février 2021

#### **Signature de l'employeur**

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

lu et approuvé



#### **Signature de la salariée**

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

lu et approuvé

