

Référentiel des données socioprofessionnelles

NOM : _____ **PRENOM :** _____
Date de naissance : _____ **NIR/N°Insee (si connu) :** _____
Numéro allocataire Caf (si connu) : _____
Numéro de demande Rsa (réservé Caf) : _____

Informations générales

Quel est le motif de votre demande de RMI (RSA) : choix proposés :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fin de droits ASSEDIC
<input type="checkbox"/> Fin de droits AAH
<input type="checkbox"/> Fin d'indemnités journalières maternité
<input type="checkbox"/> Fin d'indemnités journalières (maladie et accidents du travail)
<input type="checkbox"/> Attente de pension vieillesse ou invalidité ou de allocation handicapé | <input type="checkbox"/> Personne isolée avec enfants à charge
<input type="checkbox"/> Faibles ressources)
<input type="checkbox"/> Cessation d'activité
<input type="checkbox"/> Cessation d'études: |
|---|---|

Avez-vous déjà bénéficié du RMI (RSA) : Demandeur Conjoint
 Si oui, il y a plus de deux ans Demandeur Conjoint

Bénéficiez-vous d'une couverture sociale (y compris Cmu, Cmu-C, et mutuelle privée) Demandeur Conjoint

Situation sociale

Rencontrez-vous des difficultés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecture, écriture ou compréhension du français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarches et formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endettement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez (champ à remplir) :		

Votre famille fait -elle l'objet d'un accompagnement ? Oui Non
 Si oui de quelle nature (choix multiple possible) :

Logement Endettement Santé Autre (préciser dans le champ ci-dessous)

Préciser les coordonnées et adresse de l'organisme (CHRS, Service social, etc)

Bénéficiez-vous d'un accompagnement individuel (si oui cocher la case)
 Si oui de quelle nature (choix multiple possible) :

Santé Emploi Insertion professionnelle Formation Autres (champ à remplir ci-dessous)

.....
 Demandeur : Préciser les coordonnées et adresse de l'organisme (CHRS, Service social, etc) :

.....
 Conjoint : Préciser les coordonnées et adresse de l'organisme (CHRS, Service social, etc) :

	Demandeur	Conjoint
Avez-vous des difficultés de disponibilité liées :		
A la garde d'enfant de moins de 6 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la garde d'enfant de plus de 6 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la garde d'enfant(s) ou de proche(s) invalide(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la charge de proche(s) dépendant(s) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des difficultés de disponibilité du fait de l'éloignement d'enfant, de parent ou de conjoint (hospitalisation, incarcération) ?.....

Ces difficultés constituent-elle un obstacle à votre accès à l'emploi
 Etes-vous soutenu par votre entourage dans vos démarches

.....
¹ Charge morale ou financière

Situation professionnelle

Demandeur **Conjoint**
oui non oui non

Si vous êtes isolée en état de grossesse ou avec un enfant à charge, êtes-vous en recherche d'emploi?

Etes-vous accompagné dans votre recherche d'emploi ?

Demandeur :

Pas d'accompagnement Pôle-Emploi Autres

Précisez les coordonnées :

Conjoint :

Pas d'accompagnement Pôle-Emploi Autres

Précisez les coordonnées :

Passé professionnel		
• Vous avez toujours travaillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous travaillez par intermittence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous avez déjà exercé une activité professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous n'avez jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle est votre dernière activité professionnelle exercée		
Dans quel secteur d'activité l'avez-vous exercée ?		
Date éventuelle de cessation de cette activité	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA
Est-ce votre activité professionnelle dominante ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si non quelle a été votre activité professionnelle dominante		
Dans quel secteur d'activité l'avez-vous exercée ?		
Quelle est la durée de cette activité dominante ?		
• Moins d'un an		
• De 1 à 3 ans		
• De 4 à 6 ans		
• Plus de 6 ans		
Emploi recherché		
Précisez le métier recherché		
Précisez le secteur d'activité		
Création/reprise d'entreprise	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Disposez-vous d'un moyen de transport collectif ou individuel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Etes-vous mobile :		
Sur la commune	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sur le département	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sur un autre département	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non