

## CONTRAT D'ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES

---

## SOLIDARITÉ

---

Entre

M \_\_\_\_\_

Et

Le Président du Département

- A remplir et à signer en deux exemplaires / Copie du plan d'accompagnement solidarité à conserver pour compléter la phase bilan lors des entretiens suivants
- A transmettre auprès du Service Local Allocation Insertion de la MDS

**1<sup>er</sup> contrat d'engagements réciproques - solidarité**

**Renouvellement n°**

SERVICE LOCAL ALLOCATION INSERTION DE LA MDS : \_\_\_\_\_

REFERENT(E) SOLIDARITÉ : \_\_\_\_\_

ORGANISME : \_\_\_\_\_

COORDONNÉES : \_\_\_\_\_

**> PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉTAT CIVIL DU BÉNÉFICIAIRE**

N° d'Inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR)  
correspond au N° de sécurité sociale sans la clef) :

\_\_\_\_\_

M./Mme/Mlle Etat matrimonial \* : \_\_\_\_\_ Depuis le : \_\_\_\_\_

Nom patronymique : \_\_\_\_\_ Nom marital : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

N° Téléphone : \_\_\_\_\_ N° Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**> PARTIE RÉSERVÉE AU PLAN D'ACTION DU CONTRAT**

**• Objectif final de l'accompagnement solidarité**

Plan d'action – *perspective professionnelle* :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emploi(s) recherché(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**> PLAN D'ACCOMPAGNEMENT SOLIDARITÉ – PARCOURS PERSONNALISÉ**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ NIR : \_\_\_\_\_

Liste des Thèmes à aborder dans le tableau : Santé / Logement / Garde d'enfants / Formation - stage / Mobilité / Recherche emploi / Surendettement / Démarches administratives / Gestion du budget et consommation / Maîtrise des savoirs de base / Définition du projet professionnel / Situation Personnelle / Protection des Majeurs / Validation des Acquis Professionnels / Enfance et Famille / Chantiers Ecole / Ouverture sur le Monde...

Thèmes	Description de l'action	Actions du bénéficiaire	Actions du référent	Services ou organismes sollicités	Moyens mobilisés	Echéance	Résultats			* Bilan, commentaires
							Non Atteint (NA) / Partiellement Atteint (PA) / Atteint (A)			
							NA	PA	A	

\* A remplir conjointement entre le référent et le bénéficiaire

**> PARTIE RÉSERVÉE AU RÉFÉRENT SOLIDARITÉ**

Organisme : \_\_\_\_\_

Nom du référent Solidarité : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Lieu de suivi : \_\_\_\_\_

Date des prochains rendez vous : \_\_\_\_\_

Je m'engage à accompagner le bénéficiaire tel que défini dans le contrat.

*Signature du référent Solidarité :*

**> PARTIE RÉSERVÉE AUX REMARQUES DU BÉNÉFICIAIRE**

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

adhère pour une durée de 6 mois aux actions proposées et atteste avoir été informé(e) que ce projet de contrat est communiqué au Président du Département pour validation et que le non respect des termes de ce contrat peut entraîner la suspension de l'allocation RSA après avis de l'Equipe Pluridisciplinaire. De plus, je m'engage à tenir informé mon référent Solidarité de tout changement de ma situation familiale ou de mon activité professionnelle ou celle de mon foyer.

Je certifie l'exactitude des éléments repris dans ce contrat.

A : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

*Signature du Bénéficiaire :*

En cas de non signature du contrat d'engagements réciproques, veuillez préciser les motifs de refus :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**> PARTIE RÉSERVÉE AU PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT**

**DÉCISION :** validation du contrat :  Rejet :

Date d'échéance du contrat : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : Le Président du Département  
Par délégation,  
Le Chef du Service Local Allocation Insertion

