NOTICE

Dès la signature de la présente convention, vous devez impérativement conclure un contrat de travail avec le salarié et en adresser copie à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Sauf circonstances particulières, soumises à l'appréciation du Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, les dates de début et de fin du contrat de travail doivent être celles figurant sur la convention.

RÉMUNÉRATION

L'aide de l'État est égale à un pourcentage de la rémunération calculée sur la base du taux horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC).

Le taux de prise en charge de l'aide de l'État est de 95 %, 90 %, 85 % ou 65 % selon les publics (s'adresser à la DDTEFP).

La durée hebdomadaire du travail est en moyenne de 20 heures. Elle peut être inférieure (sans pouvoir être inférieure à 10 heures) sur décision du DDTEFP pour certains publics. La répartition des horaires de travail s'effectue dans la limite de 87 heures par mois.

Le versement de l'aide de l'État est effectué sous forme d'acomptes mensuels, calculés sur la base de 4,2 fois la durée hebdomadaire du travail.

L'aide de l'État est versée mensuellement par avance, sauf le dernier mois du contrat.

Le montant des versements mensuels sera régularisé en fin de contrat sur la base d'une rémunération à mi-temps. Dans les organismes soumis à la loi de mensualisation n° 78-49 du 19 janvier 1978, le mi-temps est de 86,66 heures arrondies à 87 heures par mois pour une durée hebdomadaire de 20 heures.

EXONÉRATION DE COTISATIONS

Le contrat emploi-solidarité donne lieu à exonération de **la part patronale des cotisations de sécurité sociale** sur les salaires dues au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des prestations familiales, de la taxe sur les salaires, de la taxe d'apprentissage et des participations dues par les employeurs au titre de la formation professionnelle et de l'effort de construction ainsi que pour les autres charges sociales d'origine légale ou conventionnelle**.**

RÉGIME PARTICULIER D'ASSURANCE CHÔMAGE

Les organismes employeurs publics (collectivités territoriales et établissements publics) non affiliés à l'assurance chômage peuvent y adhérer dans le cadre du régime particulier créé pour les seuls salariés embauchés sous contrat emploi-solidarité. Dans ce cas, le taux des cotisations patronales est majoré de 2,4 points par rapport au taux de droit commun.

Les cotisations salariales doivent être déduites du salaire brut dans les conditions de droit commun.

Lorsque l'employeur adhère au régime particulier, les cotisations d'assurance chômage sont précomptées sur le montant de l'aide de l'État accordée au titre de la rémunération des salariés. Elles sont ensuite directement versées par le CNASEA au régime d'assurance chômage.

FORMATION COMPLÉMENTAIRE

La participation de l'État s'effectue sur la base d'un montant horaire forfaitaire, dans la limite de 400 heures par contrat. Elle est versée à l'employeur ou à un fonds local emploi-solidarité.
Seul un fonds local emploi-solidarité agréé par le Préfet peut percevoir la contribution financière de l'État.

POUR REMPLIR LES DOCUMENTS

Complétez intégralement le volet relatif à la convention sur les 6 exemplaires.
La loi ouvre le bénéfice du CES aux personnes rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi. L'employeur ne renseigne pas cette information qui est réservée à l'administration.

N'oubliez pas de coder les questions relatives à :

- statut de l'employeur
- secteur d'activité de l'employeur
- qualification du dernier emploi
- niveau de formation
- emploi proposé

ces questions faisant appel aux nomenclatures jointes en page suivante.
En outre, si vous bénéficiez d'un conventionnement avec l'Etat au titre de l'insertion par l'activité économique (exemple, certains chantiers d'insertion), vous voudrez bien cocher la case «OUI» située en face de l'intitulé «employeur conventionné L322-4-16» dans le cadre réservé aux informations sur les employeurs.

Transmettez **tous** les exemplaires de la convention à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP) en y joignant :

- un relevé d'identité bancaire ou postal de l'employeur ;
- pour les salariés de nationalité étrangère, la photocopie du titre autorisant l'accès au marché de l'emploi ;
- pour les bénéficiaires du RMI, l'attestation de la Caisse d'Allocations Familiales ou de la Mutualité Sociale Agricole ;
- toute pièce justifiant de l'appartenance à l'une des catégories de travailleurs handicapés bénéficiaires de l'obligation d'emploi visées à l'article L 323.3 du Code du Travail.

Vous devez conclure un contrat de travail avec le salarié et impérativement en adresser copie à la DDTEFP.

Si vous souhaitez que votre salarié participe à une formation complémentaire ou bénéficie d'un accompagnement vers l'emploi :

- remplissez l'imprimé relatif à la formation complémentaire et à l'accompagnement
- transmettez l'imprimé signé à la DDTEFP ;

POUR LE DÉROULEMENT DU CONTRAT

En cas de non conclusion ou de rupture du contrat de travail, vous devez en aviser immédiatement le CNASEA, la DDTEFP ainsi que l'URSSAF.

Si la Délégation Régionale du CNASEA est avisée tardivement d'une rupture de contrat et s'il ne reste aucun versement à effectuer, au titre de la présente convention ou d'une autre convention de même nature, au profit d'un même employeur, le CNASEA établira un ordre de reversement correspondant au montant des sommes indûment perçues en raison des heures de travail non effectuées.

Depuis la circulaire de 1996, vous êtes tenu d'informer le CNASEA tous les 3 mois sur la situation de présence de vos salariés. Le CNASEA vous adressera à cette fin, le document nécessaire.

En fin de contrat, il est procédé à une régularisation des sommes versées par l'Etat au vu d'un état récapitulatif (fourni par le CNASEA) mentionnant pour chaque mois le nombre d'heures travaillées, le salaire brut mensuel, les cotisations d'assurance chômage et les autres charges d'origine légale ou conventionnelle non exonérées.L'employeur a au plus un mois après la fin de la présente convention pour retourner l'état récapitulatif complété au CNASEA. **La copie du dernier bulletin de salaire sera jointe à l'envoi de l'état récapitulatif au CNASEA.**

A l'issue d'une période de trois mois de CES, le salarié peut exercer une activité professionnelle complémentaire dans la limite d'un mi-temps. Cette activité complémentaire ne peut s'exercer chez le même employeur, ni dans une collectivité locale, ni dans un établissement public administratif, ni dans le cadre du programme «Nouveaux Services / Emplois-Jeunes. Le salarié ne peut pas suivre une formation professionnelle rémunérée. Pour toutes informations complémentaires, s'adresser à la DDTEFP.

CODIFICATION

TABLEAU 1 : STATUT DE L'EMPLOYEUR

1 Commune
2 Autre collectivité territoriale
3 Établissement public administratif
4 Établissement public industriel et commercial
5 Association, fondation
6 Autre personne morale chargée de la gestion d'un service public, mutuelle,...
7 Établissement public d'enseignement (lycée, collège...)
8 Établissement sanitaire public

TABLEAU 2 : SECTEUR D'ACTIVITÉ DE L'EMPLOYEUR

Établissement d'enseignement

01 Service administratif
02 Service d'entretien des équipements
03 Service de documentation
04 Service de restauration
05 Domaine de l'enseignement et de la recherche

Établissement hospitalier ou maison de retraite

11 Service administratif
12 Service d'entretien des équipements
13 Service des soins
14 Service de restauration

21 Agriculture, chasse, pêche et aquaculture
22 Industries
31 Assainissement et protection des espaces verts
32 Entretien de locaux ou d'équipements collectifs hors d'espaces verts.
33 Récupération et gestion de métaux et objets encom brants
41 Rénovation et entretien d'immeubles et logements
42 Restauration de monuments
51 Restauration collective
52 Hébergement de personnes
61 Transports ferroviaires
62 Autres moyens de transports
71 Postes

81 Service de conseil et d'étude
82 Service comptable ou financier
83 Service de réception, diffusion et envoi de courrier
84 Service de l'Etat civil

Service d'action sociale

91 en faveur du public
92 en faveur des salariés de l'organisme employeur

Service d'animation et encadrement

93 en faveur des personnes âgées
94 en faveur des personnes handicapées
95 en faveur des enfants et des jeunes
96 des activités sportives
97 des activités culturelles
98 des activités touristiques
00 Autres

TABLEAU 3 : QUALIFICATION DU DERNIER EMPLOI

0 Sortie du système scolaire
1 Autre inactif
2 Sans expérience professionnelle
3 Ouvrier non qualifié
4 Ouvrier qualifié
5 Contremaître, agent de maîtrise, cadre et ingénieur
6 Employé administratif
7 Employé de commerce
8 Employé de service
9 Autres

TABLEAU 4 : NIVEAU DE FORMATION

20 Formation de niveau égal ou supérieur à celui de la Licence ou des Écoles d'Ingénieurs
(Équivalent au niveau II ou I de l'Éducation Nationale)
30 Formation du niveau du Brevet de Technicien Supérieur ou du Diplôme des Instituts Universitaires de Technologie et de fin de premier cycle de l'enseignement supérieur
(Équivalent au niveau III de l'Éducation Nationale)
40 Formation de niveau équivalent à celui du Baccalauréat ou du Brevet de Technicien
(Diplôme non obtenu)
41 Diplôme obtenu du Baccalauréat ou du Brevet de Technicien
(Équivalent au niveau IV de l'Éducation Nationale)
50 Formation de niveau équivalent à celui du Brevet d'Études Professionnelles *(BEP)* et du Certificat d'Aptitude Professionnelle *(CAP).*
(Diplôme non obtenu)
51 Diplôme obtenu du Brevet d'Études Professionnelles *(BEP)* et du Certificat d'Aptitude Professionnelle *(CAP)*
(Équivalent au niveau V de l'Éducation Nationale)
60 Formation courte d'une durée maximum d'un an, conduisant au Certificat d'Éducation Professionnelle ou à toute autre attestation de même nature.
(Équivalent au niveau V bis de l'Éducation Nationale)
70 Pas de formation allant au-delà de la fin de la scolarité obligatoire
(Équivalent au niveau VI de l'Éducation Nationale)
80 Difficultés de communication écrite

TABLEAU 5 : EMPLOI PROPOSÉ

01 Jardinier
02 Autre profession liée à la nature et à l'environnement
03 Ouvrier du bâtiment
04 Ouvrier des travaux publics
05 Ouvrier polyvalent de maintenance et entretien
06 Autre ouvrier
07 Secrétaire bureautique et assimilé
08 Documentaliste et aide-documentaliste
09 Agent d'accueil et d'information (standardiste, hôtesse,...)
10 Agent administratif divers
11 Agent de restauration, serveur et cuisinier
12 Assistant maternel ou aide-assistant maternel
13 Assistant personnes âgées (aides diverses)
14 Assistant aux autres catégories de personnes
15 Agent de sécurité et de gardiennage
16 Agent d'entretien et nettoyage
17 Animateur socio culturel
18 Animateur sportif
19 Autre animateur ou éducateur
20 Surveillant d'établissement scolaire
21 Autre employé
22 Technicien et cadre

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

DÉLÉGATION GÉNÉRALE À L'EMPLOI ET À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

CONTRAT EMPLOI-SOLIDARITÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT ET L'EMPLOYEUR

Articles L 322-4-7 à L 322-4-14 du Code du Travail
Décret n° 98-1108 du 9 décembre 1998

Cachet de la DDTEFP

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Cadre réservé à la DDTEFP
N° de convention :
dept an n° d'ordre avenant
N° GPI départemental
Date de dépôt :

CONTRAT EMPLOI - SOLIDARITÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et L'EMPLOYEUR

cerfa 11617*01

L'EMPLOYEUR

Dénomination :
Adresse :
Code postal : Commune :

Assurance chômage
- *l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic* = **1**
- *l'employeur public assure lui-même ce risque* = **2**
- *l'employeur public déclare adhérer au régime particulier créé pour les contrats CES* = **3**

Nom du tuteur : Fonction :

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Adresse :
Code postal : Commune :

N° SIRET :
Statut de l'employeur : *(tableau 1)*
Employeur conventionné L322-4-16 : oui ☐ non ☐
Secteur d'activité : *(tableau 2)*
Pour les communes, nb. d'hab. :
Code assurance chômage :
Effectif salarié :
Dont nombre de : CEC
CES
CEV
NS-Emplois-jeunes
Contrats en alternance
(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
Paiement par virement : bancaire ☐ CCP ☐
en Francs ☐ en Euros ☐
(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ

M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : Prénom :
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : N° de S. S. :
Né(e) le à : dépt ou pays Nationalité : France ☐
Adresse : Union européenne ☐
Code postal : Commune : Hors Union européenne ☐

Qualification du dernier emploi *(tableau 3)* Niveau de formation : *(tableau 4)*

S'il s'agit du renouvellement d'un contrat CES durée totale déjà effectuée : mois

SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN *CES*

Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- depuis plus de 3 ans ☐
- depuis 2 à 3 ans ☐
- depuis 1 à 2 ans ☐
- depuis moins d'1 an ☐
- Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui ☐ non ☐

Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- de l'allocation de solidarité spécifique ☐
- de l'allocation unique dégressive ☐
- de l'allocation parent isolé ☐
- du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 ☐

Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui ☐ non ☐
Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui ☐ non ☐

Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui ☐ non ☐

LE CONTRAT

Date d'embauche : Date de fin :
Description de l'emploi :
Adresse du lieu d'exercice de l'activité :
Code postal : Commune :

Durée du contrat : mois
Emploi proposé : *(tableau 5)*
Salaire brut mensuel : francs
ou : euros
Durée hebdomadaire : heures

LA PRISE EN CHARGE *(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)*

Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui ☐ non ☐
Taux de prise en charge par l'Etat : 95 % ☐ 90 % ☐ 85 % ☐ 65 % ☐
Cofinancements éventuels : Conseil général : %
autre : %

- CODE ALE DU SALARIÉ *(à compléter même si non inscrit)*
- ZONE URBAINE SENSIBLE

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Fait le : à

Pour l'État
(Signature et cachet)

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : *1er ex.* = **CNASEA** / *2e ex.* = DDTEFP / *3e ex.* = Employeur / *4e ex.* = Salarié / *5e ex.*= URSSAF / *6e ex.* = ASSEDIC

Transmis au CNASEA le :

CES 1

Cadre réservé à la DDTEFP
N° de convention :
dept an n° d'ordre avenant
N° GPI départemental
Date de dépôt :

CONTRAT EMPLOI - SOLIDARITÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et L'EMPLOYEUR

cerfa 11617*01

L'EMPLOYEUR

Dénomination :
Adresse :
Code postal : Commune :

Assurance chômage
- *l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic* = **1**
- *l'employeur public assure lui-même ce risque* = **2**
- *l'employeur public déclare adhérer au régime particulier créé pour les contrats CES* = **3**

Nom du tuteur : Fonction :

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Adresse :
Code postal : Commune :

N° SIRET :
Statut de l'employeur : *(tableau 1)*
Employeur conventionné L322-4-16 : oui ☐ non ☐
Secteur d'activité : *(tableau 2)*
Pour les communes, nb. d'hab. :
Code assurance chômage :
Effectif salarié :
Dont nombre de : CEC
CES
CEV
NS-Emplois-jeunes
Contrats en alternance
(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
Paiement par virement : bancaire ☐ CCP ☐
en Francs ☐ en Euros ☐
(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ

M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : Prénom :
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : N° de S. S. :
Né(e) le à : dépt ou pays Nationalité : France ☐
Adresse : Union européenne ☐
Code postal : Commune : Hors Union européenne ☐

Qualification du dernier emploi *(tableau 3)* Niveau de formation : *(tableau 4)*
S'il s'agit du renouvellement d'un contrat CES durée totale déjà effectuée : mois

SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN *CES*

Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- depuis plus de 3 ans ☐
- depuis 2 à 3 ans ☐
- depuis 1 à 2 ans ☐
- depuis moins d'1 an ☐
- Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui ☐ non ☐

Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- de l'allocation de solidarité spécifique ☐
- de l'allocation unique dégressive ☐
- de l'allocation parent isolé ☐
- du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 ☐

Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui ☐ non ☐
Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui ☐ non ☐

Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui ☐ non ☐

LE CONTRAT

Date d'embauche : Date de fin :
Description de l'emploi :
Adresse du lieu d'exercice de l'activité :
Code postal : Commune :

Durée du contrat : mois
Emploi proposé : *(tableau 5)*
Salaire brut mensuel : francs
ou : euros
Durée hebdomadaire : heures

LA PRISE EN CHARGE *(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)*

Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui ☐ non ☐
Taux de prise en charge par l'Etat : 95 % ☐ 90 % ☐ 85 % ☐ 65 % ☐
Cofinancements éventuels : Conseil général : %
autre : %

- CODE ALE DU SALARIÉ *(à compléter même si non inscrit)*
- ZONE URBAINE SENSIBLE

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Fait le : à

Pour l'État
(Signature et cachet)

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : *1er ex.* = CNASEA / *2e ex.* = **DDTEFP** / *3e ex.* = Employeur / *4e ex.* = Salarié / *5e ex.*= URSSAF / *6e ex.* = ASSEDIC

Transmis au CNASEA le :

CES 1

Cadre réservé à la DDTEFP
N° de convention :
dept | an | n° d'ordre | avenant
N° GPI départemental
Date de dépôt :

CONTRAT EMPLOI - SOLIDARITÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et L'EMPLOYEUR

cerfa 11617*01

L'EMPLOYEUR

Dénomination :
Adresse :
Code postal : Commune :

Assurance chômage
- *l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic* = **1**
- *l'employeur public assure lui-même ce risque* = **2**
- *l'employeur public déclare adhérer au régime particulier créé pour les contrats CES* = **3**

Nom du tuteur : Fonction :

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Adresse :
Code postal : Commune :

N° SIRET :
Statut de l'employeur : *(tableau 1)*
Employeur conventionné L322-4-16 : oui ☐ non ☐
Secteur d'activité : *(tableau 2)*
Pour les communes, nb. d'hab. :
Code assurance chômage :
Effectif salarié :
Dont nombre de : CEC
CES
CEV
NS-Emplois-jeunes
Contrats en alternance
(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
Paiement par virement : bancaire ☐ CCP ☐
en Francs ☐ en Euros ☐
(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ

M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : Prénom :
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : N° de S. S. :
Né(e) le à : dépt ou pays Nationalité : France ☐
Union européenne ☐
Adresse :
Code postal : Commune : Hors Union européenne ☐

Qualification du dernier emploi *(tableau 3)* Niveau de formation : *(tableau 4)*

S'il s'agit du renouvellement d'un contrat CES durée totale déjà effectuée : mois

SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN *CES*

Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- depuis plus de 3 ans ☐
- depuis 2 à 3 ans ☐
- depuis 1 à 2 ans ☐
- depuis moins d'1 an ☐
- Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui ☐ non ☐

Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- de l'allocation de solidarité spécifique ☐
- de l'allocation unique dégressive ☐
- de l'allocation parent isolé ☐
- du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 ☐

Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui ☐ non ☐
Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui ☐ non ☐

Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui ☐ non ☐

LE CONTRAT

Date d'embauche : Date de fin :
Description de l'emploi :
Adresse du lieu d'exercice de l'activité :
Code postal : Commune :

Durée du contrat : mois
Emploi proposé : *(tableau 5)*
Salaire brut mensuel : francs
ou : euros
Durée hebdomadaire : heures

LA PRISE EN CHARGE *(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)*

Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui ☐ non ☐
Taux de prise en charge par l'Etat : 95 % ☐ 90 % ☐ 85 % ☐ 65 % ☐
Cofinancements éventuels : Conseil général : %
autre : %

- CODE ALE DU SALARIÉ *(à compléter même si non inscrit)*
- ZONE URBAINE SENSIBLE

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Fait le : à

Pour l'État
(Signature et cachet)

CES 1

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : *1er ex.* = CNASEA / *2e ex.* = DDTEFP / *3e ex.* = **Employeur** / *4e ex.* = Salarié / *5e ex.*= URSSAF / *6e ex.* = ASSEDIC

Transmis au CNASEA le :

Cadre réservé à la DDTEFP
N° de convention :
dept | an | n° d'ordre | avenant
N° GPI départemental
Date de dépôt :

CONTRAT EMPLOI - SOLIDARITÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et L'EMPLOYEUR

cerfa 11617*01

L'EMPLOYEUR

Dénomination :
Adresse :
Code postal : Commune :

Assurance chômage
- *l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic* = **1**
- *l'employeur public assure lui-même ce risque* = **2**
- *l'employeur public déclare adhérer au régime particulier créé pour les contrats CES* = **3**

Nom du tuteur : Fonction :

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Adresse :
Code postal : Commune :

N° SIRET :
Statut de l'employeur : *(tableau 1)*
Employeur conventionné L322-4-16 : oui ☐ non ☐
Secteur d'activité : *(tableau 2)*
Pour les communes, nb. d'hab. :
Code assurance chômage :
Effectif salarié :
Dont nombre de : CEC
CES
CEV
NS-Emplois-jeunes
Contrats en alternance
(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
Paiement par virement : bancaire ☐ CCP ☐
en Francs ☐ en Euros ☐
(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ

M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : Prénom :
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : N° de S. S. :
Né(e) le à : dépt ou pays Nationalité : France ☐
Union européenne ☐
Adresse :
Code postal : Commune : Hors Union européenne ☐

Qualification du dernier emploi *(tableau 3)* Niveau de formation : *(tableau 4)*

S'il s'agit du renouvellement d'un contrat CES durée totale déjà effectuée : mois

SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN *CES*

Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- depuis plus de 3 ans ☐
- depuis 2 à 3 ans ☐
- depuis 1 à 2 ans ☐
- depuis moins d'1 an ☐
- Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui ☐ non ☐

Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- de l'allocation de solidarité spécifique ☐
- de l'allocation unique dégressive ☐
- de l'allocation parent isolé ☐
- du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 ☐

Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui ☐ non ☐
Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui ☐ non ☐

Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui ☐ non ☐

LE CONTRAT

Date d'embauche : Date de fin :
Description de l'emploi :
Adresse du lieu d'exercice de l'activité :
Code postal : Commune :

Durée du contrat : mois
Emploi proposé : *(tableau 5)*
Salaire brut mensuel : francs
ou : euros
Durée hebdomadaire : heures

LA PRISE EN CHARGE *(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)*

Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui ☐ non ☐
Taux de prise en charge par l'Etat : 95 % ☐ 90 % ☐ 85 % ☐ 65 % ☐
Cofinancements éventuels : Conseil général : %
autre : %

- CODE ALE DU SALARIÉ *(à compléter même si non inscrit)*
- ZONE URBAINE SENSIBLE

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Fait le : à

Pour l'État
(Signature et cachet)

CES 1

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : *1er ex.* = CNASEA / *2e ex.* = DDTEFP / *3e ex.* = Employeur / *4e ex.* = **Salarié** / *5e ex.*= URSSAF / *6e ex.* = ASSEDIC

Transmis au CNASEA le :

Cadre réservé à la DDTEFP
N° de convention :
dept an n° d'ordre avenant
N° GPI départemental
Date de dépôt :

CONTRAT EMPLOI - SOLIDARITÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et L'EMPLOYEUR

cerfa 11617*01

L'EMPLOYEUR

Dénomination :
Adresse :
Code postal : Commune :

Assurance chômage
- *l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic* = **1**
- *l'employeur public assure lui-même ce risque* = **2**
- *l'employeur public déclare adhérer au régime particulier créé pour les contrats CES* = **3**

Nom du tuteur : Fonction :

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Adresse :
Code postal : Commune :

N° SIRET :
Statut de l'employeur : *(tableau 1)*
Employeur conventionné L322-4-16 : oui ☐ non ☐
Secteur d'activité : *(tableau 2)*
Pour les communes, nb. d'hab. :
Code assurance chômage :
Effectif salarié :
Dont nombre de : CEC
CES
CEV
NS-Emplois-jeunes
Contrats en alternance
(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
Paiement par virement : bancaire ☐ CCP ☐
en Francs ☐ en Euros ☐
(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ

M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : Prénom :
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : N° de S. S. :
Né(e) le à : dépt ou pays Nationalité : France ☐
Union européenne ☐
Adresse :
Code postal : Commune : Hors Union européenne ☐

Qualification du dernier emploi *(tableau 3)* Niveau de formation : *(tableau 4)*

S'il s'agit du renouvellement d'un contrat CES durée totale déjà effectuée : mois

SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN *CES*

Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- depuis plus de 3 ans ☐
- depuis 2 à 3 ans ☐
- depuis 1 à 2 ans ☐
- depuis moins d'1 an ☐
- Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui ☐ non ☐

Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- de l'allocation de solidarité spécifique ☐
- de l'allocation unique dégressive ☐
- de l'allocation parent isolé ☐
- du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 ☐

Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui ☐ non ☐
Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui ☐ non ☐

Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui ☐ non ☐

LE CONTRAT

Date d'embauche : Date de fin :
Description de l'emploi :
Adresse du lieu d'exercice de l'activité :
Code postal : Commune :

Durée du contrat : mois
Emploi proposé : *(tableau 5)*
Salaire brut mensuel : francs
ou : euros
Durée hebdomadaire : heures

LA PRISE EN CHARGE *(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)*

Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui ☐ non ☐
Taux de prise en charge par l'Etat : 95 % ☐ 90 % ☐ 85 % ☐ 65 % ☐
Cofinancements éventuels : Conseil général : %
autre : %

- CODE ALE DU SALARIÉ *(à compléter même si non inscrit)*
- ZONE URBAINE SENSIBLE

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Fait le : à

Pour l'État
(Signature et cachet)

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : *1er ex.* = CNASEA / *2e ex.* = DDTEFP / *3e ex.* = Employeur / *4e ex.* = Salarié / *5e ex.*= **URSSAF** / *6e ex.* = ASSEDIC

Transmis au CNASEA le :

CES 1

Cadre réservé à la DDTEFP
N° de convention :
dept an n° d'ordre avenant
N° GPI départemental
Date de dépôt :

CONTRAT EMPLOI - SOLIDARITÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et L'EMPLOYEUR

cerfa 11617*01

L'EMPLOYEUR

Dénomination :
Adresse :
Code postal : Commune :

Assurance chômage
- *l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic* = **1**
- *l'employeur public assure lui-même ce risque* = **2**
- *l'employeur public déclare adhérer au régime particulier créé pour les contrats CES* = **3**

Nom du tuteur : Fonction :

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Adresse :
Code postal : Commune :

N° SIRET :
Statut de l'employeur : *(tableau 1)*
Employeur conventionné L322-4-16 : oui ☐ non ☐
Secteur d'activité : *(tableau 2)*
Pour les communes, nb. d'hab. :
Code assurance chômage :
Effectif salarié :
Dont nombre de : CEC
CES
CEV
NS-Emplois-jeunes
Contrats en alternance
(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
Paiement par virement : bancaire ☐ CCP ☐
en Francs ☐ en Euros ☐
(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ

M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : Prénom :
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : N° de S. S. :
Né(e) le à : dépt ou pays Nationalité : France ☐
Union européenne ☐
Adresse :
Code postal : Commune : Hors Union européenne ☐

Qualification du dernier emploi *(tableau 3)* Niveau de formation : *(tableau 4)*

S'il s'agit du renouvellement d'un contrat CES durée totale déjà effectuée : mois

SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN *CES*

Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- depuis plus de 3 ans ☐
- depuis 2 à 3 ans ☐
- depuis 1 à 2 ans ☐
- depuis moins d'1 an ☐
- Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui ☐ non ☐

Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui ☐ non ☐
Si oui :
- de l'allocation de solidarité spécifique ☐
- de l'allocation unique dégressive ☐
- de l'allocation parent isolé ☐
- du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 ☐

Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui ☐ non ☐
Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui ☐ non ☐

Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui ☐ non ☐

LE CONTRAT

Date d'embauche : Date de fin :
Description de l'emploi :
Adresse du lieu d'exercice de l'activité :
Code postal : Commune :

Durée du contrat : mois
Emploi proposé : *(tableau 5)*
Salaire brut mensuel : francs
ou : euros
Durée hebdomadaire : heures

LA PRISE EN CHARGE *(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)*

Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui ☐ non ☐
Taux de prise en charge par l'Etat : 95 % ☐ 90 % ☐ 85 % ☐ 65 % ☐
Cofinancements éventuels : Conseil général : %
autre : %

- CODE ALE DU SALARIÉ *(à compléter même si non inscrit)*
- ZONE URBAINE SENSIBLE

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Fait le : à

Pour l'État
(Signature et cachet)

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : *1er ex.* = CNASEA / *2e ex.* = DDTEFP / *3e ex.* = Employeur / *4e ex.* = Salarié / *5e ex.*= URSSAF / *6e ex.* = **ASSEDIC**

Transmis au CNASEA le :

CES 1