

Bulletin d'acceptation et récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

À compléter en cas d'acceptation du CSP.

Ces éléments sont retournés avec une copie de la pièce d'identité ou du titre de séjour à l'employeur qui les transmettra au Pôle emploi.

VOLET 3

Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e), Deraïdt
 Nom de naissance : Deraïdt Prénom : Fabian
 Nom d'usage : _____ NIR 185045916305677
 Date de naissance : 18/05/1985 Lieu de naissance : Orax clé
 Marié(e) Partenaire PACS Concubin(e) Célibataire Veuf(ve) Séparé(e)/Divorcé(e)
 Enfants à charge : Téléphone fixe :
 Adresse mail : _____ Téléphone mobile :
 Demeurant : 36 rue Blarcean appartement 226

59290 Wasquehal

Déclare

- Être licencié pour motif économique ou suite à une liquidation ou un redressement judiciaire OUI NON
- Être bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée OUI NON
- Avoir exercé une activité salariée d'au moins 4 mois dans les mois précédents OUI NON
- Être physiquement apte à l'exercice d'un emploi OUI NON
- Avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (âge et nombre de trimestres) OUI NON
- Être bénéficiaire d'une retraite anticipée pour carrière longue, pour travailleur handicapé ou pour incapacité permanente OUI NON
- Être un salarié protégé OUI NON
- Être en congé maternité OUI NON

À Wasquehal

le 21/01/2019

Signature du salarié

Deraïdt



Demande d'allocation de sécurisation professionnelle

1 Votre état civil et situation familiale

M. Mme Nom de naissance Deraëdt
Prénom : Jahian
Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : _____
Né(e) le : 18.04.1985 à : Grain
Nationalité : Français
 Marié(e) Partenaire PACS Concubin(e) Célibataire Veuf(ve) Séparé(e)/Divorcé(e)
Nombre d'enfant(s) à charge : 0
N° Sécurité sociale (NIR) : 185045916305677
Autre régime : _____

2 Votre adresse

N° : 36 Voie : rue Marceau
(bât., esc., ...): appartement 226
Code postal : 59290 Commune : Wasquehal Tél. : _____
e-mail : _____ Tél. portable : _____
Acceptez-vous de recevoir de la part de Pôle emploi ? des SMS OUI NON des e-mails OUI NON

3 Domiciliation fiscale

Êtes-vous, au titre de la dernière année fiscale, domicilié fiscalement à l'étranger ? OUI NON
Si oui, indiquez la date à laquelle vous avez transféré votre résidence en France ? _____

4 Précédentes demandes d'allocations chômage

Avez-vous déposé une demande d'allocations, depuis moins de 5 ans, auprès d'un site de Pôle emploi ou d'un organisme public ? OUI NON
Si OUI, quel site (ou quel organisme) ? _____
Joignez une photocopie du dernier avis de paiement ou de la notification de décision.

Les données à caractère personnel recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à votre inscription comme demandeur d'emploi, à l'étude de vos droits à l'assurance chômage, à la définition et au suivi de votre projet personnalisé d'accès à l'emploi. Ces données sont mises à disposition : des services de l'Etat, des collectivités territoriales, des partenaires et prestataires de Pôle emploi, concourant à votre reclassement et à votre recherche d'emploi, soit dans un dossier dématérialisé dénommé dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE) soit par convention de transfert de données. Elles sont communiquées à des organismes de protection sociale afin d'une part de garantir vos droits sociaux et d'autre part d'éviter des cumuls indus de prestations sociales. Elles font l'objet d'un rapprochement avec des données contenues dans le fichier Altarès ayant pour finalité l'agrégation et la diffusion d'annonces légales relatives à l'exercice d'un mandat social. Si vous êtes bénéficiaire du RSA les données relatives à votre inscription sur la liste sont communiquées au président du conseil général de votre département à des fins de suivi et de contrôle de vos droits et devoirs. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre agence de Pôle emploi en application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative aux fichiers à l'informatique et aux libertés. Votre demande peut être effectuée sur place ou par courrier en justifiant de votre identité. Le droit d'opposition ne s'applique pas à la collecte des données obligatoires.

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : Dergödt

Prénom : Jabian

NIR : 185045916305677
clé

5 Renseignements relatifs à votre activité

INDIQUEZ TOUTES VOS ACTIVITÉS DEPUIS 3 ANS (Joignez une feuille séparée si nécessaire)

Périodes d'emploi

Vos employeurs

Joignez les originaux de toutes les attestations destinées
à Pôle emploi qui vous ont été remises par ces employeurs

dernier emploi

du 01/03/2021 au 06/10/2022

avant-dernier emploi

du _____ au _____

• Si votre avant-dernier employeur était une collectivité territoriale ou un établissement public administratif
(exemples : mairie, hôpital public...), étiez-vous ? titulaire non-titulaire

emplois précédents

du _____ au _____

Autres périodes

Joignez le document demandé en face de chaque catégorie

stages, formation photocopie des certificats de fin de stage ou de formation

du _____ au _____

arrêt-maladie, congé de maternité accident de travail ou invalidité attestation Sécurité sociale (formule 3316)

du _____ au _____

du _____ au _____

chômage photocopie des notifications de décision si vous avez été indemnisé(e)
par un autre site de Pôle emploi ou une ex-Assédic

du _____ au _____

congé parental d'éducation ou de présence parentale attestation de l'employeur

du _____ au _____

bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale
ou de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PréPare)
ou du complément de libre choix d'activité de la PAJE attestation de la Caisse d'Allocations Familiales

du _____ au _____

6 Étiez-vous au titre de votre dernier emploi ?

- Associé, mandataire, dirigeant (administrateur, PDG, gérant, etc.) de société commerciale ou civile, de groupement ou d'association
- Artisan, commerçant, membre d'une profession libérale
- Conjoint du chef d'entreprise

OUI NON

SI OUI, Pôle emploi prendra contact avec vous.

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : Denagilt
Prénom : Jabian
NIR : 185045916305677
clé

7 Votre situation actuelle

- Êtes-vous en arrêt-maladie, congé de maternité ou accident de travail, pris(e) en charge par la Sécurité sociale ou la MSA (au titre des indemnités journalières) ? OUI NON
- Êtes-vous bénéficiaire du complément de libre choix d'activité de la PAJE ou de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PréPare) ? (ou de l'allocation journalière de présence parentale) OUI NON
Si OUI, précisez : à taux plein à taux partiel
- Exercez-vous une autre activité professionnelle (salarlée ou non) que celle pour laquelle votre employeur vous propose le contrat de sécurisation professionnelle ? OUI NON
Si OUI :
- nature de cette activité : _____
- nom ou raison sociale de l'employeur : _____
- jusqu'à quelle date ? |_|_|_|_|_|_|_|_| En cours

Êtes-vous... ?

Inscrit au Registre du commerce	Inscrit au Répertoire des Métiers	Inscrit à un ordre professionnel	Exploitant agricole affilié à la Mutualité Sociale Agricole	Mandataire de société, groupement ou association	Auto-entrepreneur
<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON				
Si OUI, joignez un extrait K du Registre du commerce et des sociétés	Si OUI, joignez un extrait du Répertoire des Métiers	Si OUI, joignez une attestation d'affiliation	Si OUI, joignez une attestation d'affiliation à la MSA	Si OUI, joignez un extrait Kbis du Registre du commerce et des sociétés ou un récépissé de déclaration à la Préfecture	Si OUI, joignez une déclaration d'activité ou un justificatif d'inscription

8 Vos rentes, pensions, et autres revenus de remplacement

- Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ? OUI NON
Si OUI, précisez dans quelle catégorie ? 1 2 3
et joignez une photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous un avantage vieillesse (en France ou à l'étranger) ? OUI NON
Si OUI, joignez la photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous une pension militaire (en France ou à l'étranger) ? OUI NON
Si OUI, joignez la photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous une pension de vieillesse pour inaptitude (en France ou à l'étranger) ? OUI NON
Si OUI, joignez la photocopie de la notification de décision
- Attendez-vous l'attribution d'une pension ou d'une rente (en France ou à l'étranger) ? OUI NON
Si OUI, joignez un justificatif
- Avez-vous exercé une activité dans un secteur relevant d'un régime de retraite spécial (qui permet de liquider un avantage vieillesse avant l'âge légal de départ à la retraite ou sans avoir à justifier du nombre de trimestres d'assurance vieillesse requis) ? OUI NON
Si OUI, nom et adresse de la Caisse concernée : _____

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : Deraëdt
Prénom : Jabian
NIR : 1851055916305677

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ(E), Deraëdt Jabian

- atteste sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des renseignements fournis ci-dessus,
- déclare avoir pris connaissance qu'il me sera ultérieurement demandé de formaliser mes relations avec Pôle emploi, pour la mise en oeuvre du contrat de sécurisation professionnelle, dans le cadre d'un document écrit,
- déclare avoir pris connaissance des cas de cessation du bénéfice du contrat de sécurisation professionnelle, rappelés ci-dessous, conformément à l'article 20 §1^{er} de la convention relative au contrat de sécurisation professionnelle,
- déclare également avoir pris connaissance des engagements qui résultent de ma demande d'allocations, et notamment :
 - aviser immédiatement Pôle emploi si je reprends une activité professionnelle, qu'elle soit salariée ou non, temporaire ou non,
 - signaler à Pôle emploi, immédiatement, tout changement de ma situation personnelle ou professionnelle susceptible de modifier mes conditions de prise en charge (entrée en formation, maladie, accident, maternité, invalidité, composition du foyer, modification des ressources fiscales, etc.) ;
 - déclarer à Pôle emploi la date de transfert de ma résidence, en cas de transfert à l'étranger*.

En cas de déclaration inexacte ou d'omission, je serai passible des sanctions prévues à l'article 27 du règlement de l'assurance chômage, sans préjudice des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur.

* En cas de transfert de résidence à l'étranger, Pôle emploi interrompt le paiement de l'allocation de sécurisation professionnelle.
Exception : en cas de transfert de résidence au sein de l'Espace Économique Européen, l'allocation de sécurisation professionnelle peut être maintenue pendant 3 mois maximum sous réserve du respect des conditions prévues par le règlement (CE) n°883/2004.

DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES

Fait à Wasquehal le 20.10.2022

Signature
Deraëdt

ARTICLE 20 §1^{er} de la convention du 26 janvier 2015 relative au contrat de sécurisation professionnelle (extrait) :

L'intéressé cesse de bénéficier du contrat de sécurisation professionnelle :

- lorsqu'il refuse une action de reclassement, ou ne s'y présente pas, ou lorsqu'il refuse à deux reprises une offre raisonnable d'emploi ;
- ou lorsqu'il a fait des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue de bénéficier indûment du contrat de sécurisation professionnelle.

ARTICLE L. 5429-1 du code du travail :

Sauf consultation éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 du présent code, est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations et cette prime est puni de la même peine.

ARTICLE 27 du règlement de l'assurance chômage :

Les personnes qui ont indûment perçu des allocations ou des aides prévues par le présent règlement doivent les rembourser sans préjudice des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur, pour celles d'entre elles ayant fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de ces allocations ou aides.

DOCUMENTS À PRODUIRE

- Carte d'assurance maladie -vitale- (photocopie)
- Attestation(s) d'employeur(s) des 13 derniers mois
- Relevé d'identité bancaire (norme BIC-IBAN)
- 3 derniers bulletins de salaire, en cas d'adhésion après proposition par Pôle emploi (photocopie)

À remplir par l'employeur et à joindre par le salarié à la demande d'allocations de sécurisation professionnelle.

À remplir par l'employeur et à délivrer au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R. 1234-9 du C. du T.). Un exemplaire doit être adressé à :
POLE EMPLOI - CENTRE DE TRAITEMENT
BP 80069 - 77213 AVON Cedex

Unédic

ATTENTION, cette attestation doit être transmise par le salarié à Pôle emploi :
- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi, en la téléchargeant sur son espace personnel, si, au terme de sa demande d'allocations dématérialisée, il lui est demandé de la transmettre à Pôle emploi (pour s'inscrire ou se réinscrire comme demandeur d'emploi), le salarié effectuera sa demande sur le site internet de Pôle emploi : www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire ;
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance, via son espace personnel sur Pôle emploi.



ATTESTATION
EMPLOYEUR
→ FICHE 3

Attestation d'employeur destinée à Pôle emploi

1 L'employeur

Établissement employeur : **SARL CMB WAMBRECHIES**
Adresse : **382 route de Bondues 59118 WAMBRECHIES**
S'il s'agit d'un établissement secondaire, nom ou raison sociale de l'établissement principal : _____
Téléphone : _____
Statut juridique : **Société à responsabilité limitée (SARL)**
N° SIRET : **81520131912900017** Code APE/NAF : **516101C**
N° d'affiliation et nom de l'organisme ayant recouvert les cotisations d'assurance chômage (URSSAF, CMSA, CCVRP, ...) :
N° : **852013929** Nom : **URSSAF NORD PAS DE CALAIS**
Nom de l'organisme ayant recouvert les contributions obligatoires relatives au financement de la formation professionnelle continue (OPCO)
Nom : _____ (voir notice)
Nombre total de salariés dans l'établissement employeur au 31.12 écoulé : _____
En cas d'établissements multiples,
nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé : _____

ne rien inscrire dans ce cadre

2 Le salarié

M. Mme
Nom de naissance : **DERAEDT** Prénom : **Fabian**
Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : _____
Adresse : **3b rue marceau appart 226 - WASQUEHAL** Code postal : **59290**
N° Sécurité sociale (NIR) : **1850459163056717**
Date de naissance : **18/04/1985** Lieu de naissance **Croix**
 Rattaché français* Rattaché UE* Rattaché EEE* Rattaché hors UE et EEE*
Niveau de qualification : **Employé qualifié** Statut cadre ou assimilé : OUI NON
* Voir notice

3 Caisses de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées :

<input checked="" type="checkbox"/> Régime AGIRC - ARRCO	<input type="checkbox"/> CRPN
<input type="checkbox"/> IRCANTEC	<input type="checkbox"/> CNBF
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____

PAGE 1

Les informations recueillies dans ce document sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation de sécurisation professionnelle. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, auprès du directeur de Pôle emploi, d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.

