

NOM, Prénom du bénéficiaire :

Suite exposé ou observations du bénéficiaire

.....

.....

.....

.....

■ Projet d'insertion

Vos objectifs d'insertion ⁹	Actions/moyens proposés	Organisme ¹⁶
Trouver un emploi <input type="checkbox"/>		
Pérenniser ou consolider un emploi salarié ¹⁰ <input type="checkbox"/>		
Créer une entreprise <input type="checkbox"/>		
Pérenniser, développer une entreprise <input type="checkbox"/>		
Commencer ou poursuivre une formation ¹¹ <input type="checkbox"/>		
Elaborer un projet professionnel ou de formation ¹² <input type="checkbox"/>		
Accéder aux savoirs de base ¹³ <input type="checkbox"/>		
Améliorer la mobilité <input type="checkbox"/>		
Résoudre des difficultés liées au logement <input type="checkbox"/>		
Résoudre des difficultés liées à la situation financière <input type="checkbox"/>		
Améliorer la vie sociale ou familiale <input type="checkbox"/>		
Accomplir des démarches administratives <input type="checkbox"/>		
Accomplir des démarches liées à la santé <input type="checkbox"/>		
Participer à une action d'utilité sociale ¹⁴ : <input type="checkbox"/>		
Elaborer un projet ¹⁵ <input type="checkbox"/>		

■ Information sur la participation :

Les bénéficiaires du RSA du département de l'Hérault sont invités à apporter leur concours à la définition, la conduite et l'évaluation de la politique départementale d'insertion. A ce titre, ils peuvent s'associer à un comité consultatif ou se porter volontaire pour siéger à une commission d'équipe pluridisciplinaire.

Je suis intéressé(e) et souhaite recevoir des informations complémentaires

Je ne suis pas intéressé(e)

■ Durée proposée pour le contrat¹⁷ :mois

■ Engagements du bénéficiaire :

Je respecte les termes du présent contrat afin d'éviter une suspension de mon allocation.

Je suis informé(e) qu'en cas de non-validation de ce contrat, je dois contacter mon référent afin de le redéfinir dans un délai d'1 mois.

Si je perçois du RSA quand mon contrat prend fin, je dois le renouveler. Dans ce cas, je dois contacter mon référent 1 mois avant le terme du présent contrat pour convenir d'un rendez-vous.

■ Décision du président du Conseil départemental

<input type="checkbox"/> Contrat valable du :/...../..... au/...../.....	Durée :mois
<input type="checkbox"/> Contrat refusé le :/...../.....	
Motif de la décision ou commentaire :	
.....	
.....	
.....	
	Pour le Président du conseil départemental

_____ Date de signature _____
Le :

Signature du bénéficiaire

Tout recours à l'encontre d'une décision administrative doit s'effectuer par courrier adressé au Président du Conseil départemental de l'Hérault dans les délais et à l'adresse indiqués dans le courrier de notification de la décision.