

AIDE COUP DE POUCE- INSERTION PROFESSIONNELLE

Pour les familles monoparentales avec enfant 0-6 ans
(sans critère d'âge si l'enfant est en situation de handicap)

- Aide mobilisable par les conseillers en insertion professionnelle -

L'aide "coup de pouce-insertion professionnelle" a pour vocation d'aider les familles monoparentales à financer les frais générés par une reprise d'activité, une entrée en formation ou une immersion professionnelle : *frais de mobilité, garde d'enfants, tenues professionnelles ou trousseau.*

Ce formulaire est composé en deux volets :

- Volet 1 – à compléter, tamponner et signer par le conseiller en insertion professionnelle.
- Volet 2 – à compléter et signer par le demandeur, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

Les bénéficiaires :

Parent demandeur d'emploi vivant seul (célibataire, séparé.e, divorcé.e, veuf.ve) avec enfant(s) à charge âgé(s) de 0-6 ans, sans condition d'âge si un des enfants du foyer est en situation de handicap (bénéficiaire l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH).

Les conditions de ressources

Avoir un quotient familial inférieur ou égal à 1 000 euros le mois de la demande.

Nota Bene : Cette condition sera vérifiée par les services de la Caf du Var. Toutefois, afin d'éviter une irrecevabilité de la demande il vous est conseillé de demander au parent de se munir d'une attestation de QF lors de l'entretien.

Où trouver une attestation de Quotient Familial (QF) ?

- Se connecter sur son espace personnel caf.fr / rubrique "Mon Compte"
- Cliquer sur "Mes attestations" (en dessous de "Mon Relevé de compte")
 - Sélectionner l'option "attestation de quotient familial"

Les conditions d'attribution

L'aide peut être accordée :

- pour une reprise d'emploi en contrat de travail à durée indéterminée (CDI), en contrat à durée déterminée (CDD), en contrat à durée déterminée d'insertion (CDDI) ou en contrat de travail temporaire.
- pour une entrée en formation ou la réalisation d'une immersion professionnelle, validée par le conseiller dans le cadre du projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE) ou d'un contrat d'engagement réciproque (CER) ou d'un contrat d'engagement jeune (CEJ).

Les dépenses éligibles

Cette aide peut être mobilisée pour des frais liés à :

- **La garde d'enfants** : crèche, assistant.e maternel.le, garde à domicile, centre de loisirs péri ou extrascolaire (hors colonies de vacances).
- **Frais de mobilité** : révision de véhicule, contrôle technique, abonnement transport en commun. Le recours à des services de type garage solidaire pour des réparations de véhicules est à privilégier.
- **Frais de tenues professionnelles/trousseau.**

DEXCEP



Le montant de l'aide et versement

Le montant de l'aide est plafonné à 450 € maximum, payable en 1 à 3 fois. L'aide ne peut être attribuée qu'une seule fois pendant une période glissante de 12 mois à compter de la date de la demande.

Cette aide est versée directement au demandeur en cas de production de facture acquittée ou au tiers (sur production de devis ou contrat) en cas de dépense non engagée au moment du dépôt du dossier.

Le montant de l'aide sera communiqué après traitement du dossier par la Caisse d'Allocations Familiales du Var.

Cette aide est versée dans la limite d'une enveloppe financière annuelle votée par le Conseil d'Administration de la Caf du Var.

Les pièces justificatives à fournir :

| Nature de l'élément | Pièces justificatives |
|--|---|
| Reprise d'emploi | Contrat de travail ou déclaration préalable à l'embauche (DPAE) |
| Formation professionnelle | Attestation d'entrée en formation |
| Immersion professionnelle | Convention de stage |
| Frais engagé(s) ou à engager en vue d'une reprise d'emploi / formation/immersion professionnelle | Justificatif nominatif (exemple : factures acquittées, devis, contrat d'accueil en crèche...) daté de moins de 2 mois |

Les démarches

L'aide doit être déposée par le conseiller en insertion professionnelle en charge de l'accompagnement professionnel (missions locales, agences pôle emploi, Maison de l'Emploi TPM, Cedis insertion, Conseil Départemental).

Ce formulaire est composé en deux volets :

- Volet 1 – démarche d'insertion professionnelle : à compléter, tamponner et signer par le conseiller en insertion professionnelle.
- Volet 2 – demande d'aide : à compléter et signer par le demandeur, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

Le dépôt de la demande

Le dossier est à transmettre par le **conseiller en insertion professionnelle** par **courriel** à l'adresse suivante :

aidesfinancieresindividuelles@caf83.caf.fr

Pour optimiser le traitement de la demande par les services de la Caf du Var, l'objet du mail devra être intitulé de la manière suivante :

« **Aide coup de pouce insertion monoparents + numéro allocataire (du bénéficiaire)** »

Le dossier est réputé complet lorsque :

- Le formulaire de demande est dûment complété et signé par les deux parties : le volet 1 par le conseiller en insertion professionnelle et le volet 2 par le bénéficiaire de l'aide.
- L'ensemble des pièces justificatives (en cours de validité) sont jointes à la demande.

DEXCEP



* 0 0 0 0 0 0 0 1 0 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 *

VOLET 1 : DEMARCHE D'INSERTION PROFESSIONNELLE

A compléter par le conseiller en insertion professionnelle

1 – IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL SOCIAL QUI ACCOMPAGNE LE DEMANDEUR

| IDENTIFICATION DU CONSEILLER EN INSERTION PROFESSIONNELLE | |
|---|--|
| Nom / Prénom | |
| Organisme | |
| Commune | |
| Mail | |
| Téléphone | |

2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE BENEFICIAIRE

| IDENTIFICATION DU DEMANDEUR | |
|-----------------------------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| Date de naissance | |
| Adresse | |
| Code Postal | |
| Commune | |

3 – REPRISE d'EMPLOI / ENTREE EN FORMATION/IMMERSION PROFESSIONNELLE

Motif de la demande

Reprise d'emploi

Contrat de travail : CDI // Date d'embauche :

CDD/CTT/IAE/CDDI Durée : du _____ au _____

| | |
|---|---|
| Employeur | |
| Secteur d'activité (Code APE) | |
| Le secteur d'activité est-il affilié au régime agricole ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Code Postal/Commune | |

DEXCEP



Entrée en formation professionnelle

Durée de la formation : du _____ au _____

| | |
|---------------------------------|--|
| Intitulé de la formation | |
| Organisme de formation | |
| Code Postal/Commune | |

Réalisation d'une immersion professionnelle

Durée de l'immersion : du _____ au _____

| | |
|--------------------------------------|--|
| Employeur | |
| Secteur d'activité (Code APE) | |
| Code Postal/Commune | |

4 – NATURE DES DEPENSES GENEREES PAR UNE REPRISE D'ACTIVITE, UNE FORMATION ou UNE IMMERSION

Veuillez indiquer les charges supplémentaires supportées par le demandeur du fait de sa reprise d'activité, son entrée en formation ou la réalisation d'une immersion professionnelle

| | Hausse des dépenses actuelles | Nouvelle dépense |
|---|----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frais de garde d'enfants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Frais de mobilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Achat de tenue professionnelle/trousseau | | <input type="checkbox"/> |

Avis du conseiller en insertion professionnelle :

- Avis favorable
 Avis défavorable

Fait à _____, le _____

Cachet organisme
Nom et signature du conseiller en insertion
professionnelle

DEXCEP



VOLET 2 : SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE ET DEMANDE D'AIDE

A compléter par le bénéficiaire

1- IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Numéro allocataire : _____

→ Combien avez-vous d'enfants âgés de 0 à 6 ans à votre charge ?

→ Avez-vous un enfant à charge en situation de handicap, pour lequel vous percevez l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) :

OUI NON

Si oui, veuillez préciser l'âge de l'enfant :

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT UNE PENSION ALIMENTAIRE

Si vous ne bénéficiez pas d'une allocation de soutien familial versé par la Caf, veuillez compléter le champ ci-dessous

| PENSION ALIMENTAIRE | |
|--|---|
| Percevez-vous une pension alimentaire ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, est-elle fixée par un jugement ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si non, une démarche pour le versement de la pension est-elle engagée auprès du juge aux affaires familiales ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

DEXCEP



* 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 *

3 – MONTANT DE LA DEMANDE

Rappel: Le montant de l'aide est plafonné à 450 € maximum, payable en 1 à 3 fois. L'aide ne peut être attribuée qu'une seule fois pendant une période glissante de 12 mois à compter de la date de la demande.

Cette aide est versée directement au demandeur en cas de production de facture acquittée ou au tiers (sur production de devis ou contrat) en cas de dépense non engagée au moment du dépôt du dossier.

Le montant de l'aide sera communiqué après traitement du dossier par la Caisse d'Allocations Familiales du Var. Cette aide est versée dans la limite d'une enveloppe financière annuelle votée par le Conseil d'Administration de la Caf du Var.

Les factures acquittées doivent être datées de moins de 2 mois au moment de la demande.

▪ **Frais Garde d'enfant (pour enfant de moins de 6 ans)**

La reprise d'une activité, d'une formation ou immersion va-t-elle entraîner un coût supplémentaire (exemple : augmentation du nombre d'heures prévues au contrat ?)

OUI NON

| Nature de la demande | Montant Dépenses | | Justificatif(s) fourni(s) au présent dossier <u>OBLIGATOIRE</u> | Montant d'aide sollicitée auprès de la Caf du Var <u>A COMPLETER</u> |
|-------------------------|--|---|---|--|
| | <i>A compléter uniquement si des dépenses étaient déjà engagées pour ces frais AVANT LA REPRISE d'UNE ACTIVITE/FORMATION/IMMERSION</i> | | | |
| | <i>AVANT REPRISE D'ACTIVITE/FORMATION/IMMERSION</i> | <i>APRES REPRISE D'ACTIVITE/FORMATION/IMMERSION</i> | | |
| Assistant.e maternel.le | €/ mois | €/ mois | <input type="checkbox"/> Contrat d'embauche de l'assistant.e maternel.le * Date début contrat : Ou <input type="checkbox"/> Bulletin de salaire de l'assistant.e maternel.le | € |
| Garde à domicile | €/ mois | €/ mois | <input type="checkbox"/> Contrat de prestation * Date début contrat : ou <input type="checkbox"/> Bulletin de salaire Ou <input type="checkbox"/> Facture acquittée | € |

DEXCEP



| | | | | |
|---|---------|---------|--|---|
| Crèche | €/ mois | €/ mois | <input type="checkbox"/> Contrat d'accueil * Date début contrat : Ou <input type="checkbox"/> Facture acquittée | € |
| Accueil périscolaire (avant ou après l'école) | €/ mois | €/ mois | <input type="checkbox"/> Contrat d'accueil * Date début contrat : Ou <input type="checkbox"/> Facture acquittée | € |
| Accueil en centre de loisir (mercredi) | €/ mois | €/ mois | <input type="checkbox"/> Contrat d'accueil * Date début contrat : Ou <input type="checkbox"/> Facture acquittée | € |

*joindre le RIB du prestataire

▪ **Frais de mobilité**

| Nature de la demande | Justificatif(s) fourni(s) au présent dossier OBLIGATOIRE | Montant d'aide sollicitée auprès de la Caf du Var |
|--------------------------------|--|--|
| Abonnement transport en commun | <input type="checkbox"/> Facture acquittée (moins de 2 mois) | € |
| Révision du véhicule | <input type="checkbox"/> Devis ou <input type="checkbox"/> Facture acquittée (moins de 2 mois) | € |
| Contrôle technique | <input type="checkbox"/> Devis ou <input type="checkbox"/> Facture acquittée (moins de 2 mois) | € |

▪ **Tenue /matériel professionnel**

| Nature de la demande | Justificatif(s) fourni(s) au présent dossier OBLIGATOIRE | Montant d'aide sollicitée auprès de la Caf du Var |
|---|--|--|
| Frais de tenue professionnelle ou trousseau | <input type="checkbox"/> Facture acquittée (moins de 2 mois) | € |

DEXCEP



MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE

| Nature | Montant d'aide sollicitée auprès de la Caf du Var |
|------------------------------------|---|
| Frais de garde d'enfants | € |
| Frais de mobilité | € |
| Frais de tenue professionnelle | € |
| MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE | € |

Joindre votre RIB au dossier ou le cas échéant, celui du prestataire de service en l'absence de production de facturée acquittée.

4 – RAPPEL DES PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR

- **Reprise d'emploi en contrat à durée indéterminée (CDI) ou contrat à durée déterminée (CDD) ou en contrat de travail temporaire (CDDI)**
 - Contrat de travail ou déclaration préalable à l'embauche (DPAE)

- **Entrée en formation ou immersion professionnelle**
 - Convention de stage ou attestation d'entrée en formation

- **Frais de garde d'enfants 0-6 ans**

- Assistant maternel : Contrat d'embauche* ou bulletin de salaire de moins de deux mois.
- Garde à domicile : Contrat de prestation* ou bulletin de salaire de moins de deux mois ou facture acquittée de moins de deux mois.
- Crèche : Contrat d'accueil* ou facture acquittée de moins de deux mois.
- Accueil périscolaire ou en centre de loisirs : Contrat d'accueil* ou facture acquittée de moins de deux mois.

→ **Pour les contrats d'accueil ou de prestation, merci de joindre le RIB du tiers afin que les frais soient directement réglés par la Caf du Var à votre prestataire et vous éviter ainsi de faire une avance de frais.**

- **Frais de mobilité : révision de véhicule, contrôle technique ou abonnement transport en commun**
 - Facture acquittée de moins de deux mois ou devis *

→ **Si vous fournissez un devis, merci de joindre le RIB du tiers auprès duquel, la Caf du Var réglera directement la facture**

- **Frais de tenues professionnelles / trousseau**
 - Facture acquittée de moins de deux mois

- RIB au nom du bénéficiaire de l'aide**

DEXCEP



5- ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

Je soussigné(e),

- certifie que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts.
- atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations données lors de cet entretien.

Et m'engage :

- à réaliser mes démarches d'insertion professionnelle (reprise d'emploi, entrée en formation ou immersion professionnelle).
- à informer la Caf et mon conseiller en insertion professionnelle de tout changement intervenant dans ma/ notre situation.
- à rembourser les sommes indument perçues si celles-ci ne sont pas conformes à l'objet de ma demande et/ou de non-réalisation des démarches d'insertion prescrites par mon conseiller en insertion professionnelle.

Monsieur / Madame (Indiquer Prénom + NOM) :

A _____, le :

*Signature du demandeur
Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*

DEXCEP

