

FICHE DE PRESCRIPTION

Orientation vers un parcours d'accompagnement mobilité

ORIENTATION PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT A LA MOBILITE

A remplir par le prescripteur et à adresser à l'Espace Insertion Emploi pour validation

EIE de MONTLUCON : insertion-tsdmontlucon@allier.fr

EIE de MOULINS : insertion-tsdmoulins@allier.fr

EIE de VICHY : insertion-tsdvichy@allier.fr

Date du marché actuel : **07/07/2025 au 06/07/2026 (Pas de prescription au-delà de la date de fin)**

1ERE DEMANDE

PARTIE RESERVEE A LA CENTRALE DEPARTEMENTALE D'APPELS

Année : Fiche prescription n° :

Date de traitement : Transmise à :

LE BENEFICIAIRE

Madame Monsieur

NOM – Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Date de naissance :

Public éligible :

Allocataire du RSA exclusivement

Salarié en structures d'insertion par l'activité économique (IAE) ayant des droits ouverts et versables au RSA (par dérogation)

La personne a une contractualisation avec un référent d'accompagnement: Oui Non

Si oui, préciser le type et les dates de début et fin :

J'accepte que mes données personnelles collectées dans ce formulaire soient transmises au Conseil départemental et la plateforme mobilité Allier, prestataire en charge du marché plateforme mobilité. Ces données permettent au Conseil départemental et Plateforme mobilité Allier d'ouvrir un dossier à mon nom, donnant ainsi accès à l'accompagnement pour la mobilité. Ces données peuvent également permettre au Conseil départemental et à Plateforme mobilité Allier de me recontacter dans le cadre du bon déroulement du parcours d'accompagnement. Elles peuvent également être utilisées pour justifier de la bonne réalisation de l'accompagnement auprès des différents financeurs (FSE, Etat, Département, Région).

Les informations complémentaires concernant le RGPD sont précisées en page 6.

Je n'accepte pas que mes données personnelles collectées dans ce formulaire soient transmises au Conseil départemental et la plateforme mobilité Allier, l'accompagnement ne peut pas être mis en œuvre

Le :

Signature du bénéficiaire :

PRESCRIPTEUR

NOM – Prénom – Structure- Adresse :

Mail :

Téléphone :

Le :

Signature du prescripteur :

OBJECTIFS ORIENTATION

- Prise/reprise d'activité professionnelle (joindre contrat de travail ou justificatif promesse d'embauche)
- Entrée en formation qualifiante ou certifiante (joindre justificatif)
- Inscrit en parallèle au marché MARSE ou autres dispositifs d'accompagnement socio-professionnel financés par le Conseil départemental (joindre justificatif)
- Autre motif en lien avec l'insertion socio-professionnel, **préciser le projet professionnel** et joindre justificatif :

MOTIFS ORIENTATION

Accompagnement sollicitées :

- Identifier les besoins de mobilité liés au projet socioprofessionnel
- Acquérir les compétences clés de la mobilité
- Construire une solution de mobilité à moyen/long terme
- Déterminer le type de permis à obtenir en fonction du projet professionnel et de la localisation de la personne

DECISIONS EIE

(Fiche Prescription à transmettre après validation à : contact@pfm03.fr)

Décision :

- Accord
- Rejet – Motif :
- Admission différée

Date et signature de l'Animateur Coordinateur/responsable de l'Espace Insertion Emploi :

ACCOMPAGNEMENT (partie à compléter par le prestataire)

Type d'accompagnement proposé :

Date de début d'accompagnement :

Date de fin :

Date du bilan final :

Les objectifs ont-ils été atteint à la fin de l'accompagnement ?

- Oui
- Non, pourquoi ?

Faire remplir le questionnaire de sondage lors du bilan final à la personne accompagnée

BILAN POST ACCOMPAGNEMENT (à compléter par le prescripteur 6 mois après la fin de l'accompagnement)

Situation de la personne 6 mois après le bilan final :

Les objectifs ont-ils été atteint à la fin de l'accompagnement ?

Oui

Non, pourquoi ?

1^{ER} RENOUVELLEMENT

PARTIE RESERVEE A LA CENTRALE DEPARTEMENTALE D'APPELS

Année :

Fiche prescription n° :

Date de traitement :

Transmise à :

MOTIFS RENOUVELLEMENT 1 (partie à compléter par le prescripteur)

Motifs à compléter par le prescripteur

Durée sollicitée :

NOM – Prénom – Structure- Adresse :

Mail :

 :

Le :

Signature du prescripteur :

DECISIONS EIE

(Fiche Prescription à transmettre après validation à : contact@pfm03.fr)

Décision renouvellement 1:

Accord

Rejet – Motif :

Admission différée

Date et signature de l'Animateur Coordinateur/responsable de l'Espace Insertion Emploi

ACCOMPAGNEMENT

Type d'accompagnement proposé :

Date de début d'accompagnement :

Date de fin :

Date du bilan final :

Les objectifs ont-ils été atteint à la fin de l'accompagnement ?

Oui

Non, pourquoi ?

Préconisation du prestataire : renouvellement de l'accompagnement arrêt, motifs :

Faire remplir le questionnaire de sondage lors du bilan final à la personne accompagnée

BILAN POST ACCOMPAGNEMENT (à compléter par le prescripteur 6 mois après la fin de l'accompagnement)

Situation de la personne 6 mois après le bilan final :

Les objectifs ont-ils été atteint à la fin de l'accompagnement ?

Oui

Non, pourquoi ?

2EME RENOUVELLEMENT

PARTIE RESERVEE A LA CENTRALE DEPARTEMENTALE D'APPELS

Année :

Fiche prescription n° :

Date de traitement :

Transmise à :

MOTIFS RENOUVELLEMENT 2 (partie à compléter par le prescripteur)

Motifs à compléter par le prescripteur

Durée sollicitée :

NOM – Prénom – Structure- Adresse :

Mail :

 :

Le :

Signature du prescripteur :

DECISIONS EIE

(Fiche Prescription à transmettre après validation à : contact@pfm03.fr)

Décision renouvellement 2:

Accord

Rejet – Motif :

Admission différée

Date et signature de l'Animateur Coordinateur/responsable de l'Espace Insertion Emploi :

ACCOMPAGNEMENT

Type d'accompagnement proposé :

Date de début d'accompagnement :

Date de fin :

Date du bilan final :

Les objectifs ont-ils été atteint à la fin de l'accompagnement ?

Oui

Non, pourquoi ?

Préconisation du prestataire : renouvellement de l'accompagnement arrêt, motifs :

Faire remplir le questionnaire de sondage lors du bilan final à la personne accompagnée

BILAN POST ACCOMPAGNEMENT (à compléter par le prescripteur 6 mois après la fin de l'accompagnement)

Situation de la personne 6 mois après le bilan final :

Les objectifs ont-ils été atteint à la fin de l'accompagnement ?

Oui

3EME RENOUVELLEMENT

PARTIE RESERVEE A LA CENTRALE DEPARTEMENTALE D'APPELS

Année :

Fiche prescription n° :

Date de traitement :

Transmise à :

MOTIFS RENOUVELLEMENT 3 (partie à compléter par le prescripteur)

Motifs à compléter par le prescripteur

Durée sollicitée :

NOM – Prénom – Structure- Adresse :

Mail :

 :

Le :

Signature du prescripteur :

DECISIONS EIE

(Fiche Prescription à transmettre après validation à : contact@pfm03.fr)

Décision renouvellement 3:

- Accord
- Rejet – Motif :
- Admission différée

Date et signature de l'Animateur Coordinateur/responsable de l'Espace Insertion Emploi :

ACCOMPAGNEMENT

Type d'accompagnement proposé :

Date de début d'accompagnement :

Date de fin :

Date du bilan final :

Les objectifs ont-ils été atteints à la fin de l'accompagnement ?

Oui

Non, pourquoi ?

Préconisation du prestataire : renouvellement de l'accompagnement arrêt, motifs :

Faire remplir le questionnaire de sondage lors du bilan final à la personne accompagnée

BILAN POST ACCOMPAGNEMENT (à compléter par le prescripteur 6 mois après la fin de l'accompagnement)

Situation de la personne 6 mois après le bilan final :

Les objectifs ont-ils été atteint à la fin de l'accompagnement ?

Oui

INFORMATION RGPD

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Conseil départemental et Plateforme mobilité Allier pour l'accompagnement de la mobilité. La base légale du traitement est la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le Revenu de Solidarité Active et réformant les politiques d'insertion.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le service de coordination des EIE et le service insertion-emploi du Conseil départemental et Plateforme mobilité Allier. Les données sont conservées au plus 1 an après la fin de l'accompagnement afin de pouvoir suivre l'évolution du parcours de la personne accompagnée.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : dpd@allier.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.