|  |  |
| --- | --- |
| 20111212_CDG_LOGO 1 | **Imprimé dossier chômage**  **Service Carrières**  Téléphone : 04 67 04 38 94  Courriel : [carrières@cdg34.fr](mailto:carrières@cdg34.fr) |

**ETUDE DES DROITS A L’ALLOCATION D’AIDE AU RETOUR A L’EMPLOI**

**TITRE**

|  |
| --- |
| **L’EMPLOYEUR ET/OU LE CENTRE DE GESTION** |
| **NOM DE LA COLLECTIVITE OU DE L’ETABLISSEMENT**………………………………………………………………………………..  NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER………………………………………………………………………………………….  NUMERO DE TELEPHONE………………………………  ADRESSE MAIL………………………………………………  **ETUDE DES DROITS DEMANDEE PAR LE CENTRE DE GESTION DU……………………..**  NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER………………………………………………………………………………………….  NUMERO DE TELEPHONE………………………………  ADRESSE MAIL……………………………………………… |

|  |
| --- |
| **L’AGENT** |
| M MME NOM DE NAISSANCE…………………………………………..  NOM D’EPOUSE………………………………………………………………………………………….  DATE DE NAISSANCE…………………………………………………………………………………..  NUMERO DE SECURITE SOCIALE (NIR)………………………………………………………..  ADRESSE ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **L’EMPLOI DANS LA COLLECTIVITE** |
| **DATE DE RECRUTEMENT DANS LA COLLECTIVITE OU L’ETABLISSEMENT**………………………………………………………………………………..  **STATUT DE L’AGENT :**  STAGIAIRE  TITULAIRE  CONTRACTUEL DE DROIT PUBLIC  EMPLOI AIDE  CONTRAT A DUREE INDETERMINEE  APPRENTI |

|  |
| --- |
| **FIN DE L’EMPLOI DANS LA COLLECTIVITE** |
| **DATE DE LA PERTE D’EMPLOI :** …………………………..  **DEPART VOLONTAIRE DE L’AGENT** OUI NON  SI OUI, MOTIF DU DEPART…………………………………………………….  SI NON, MOTIF DU DEPART…………………………………………………..  **EPUISEMENT DES CONGES ANNUELS** OUI NON  SI NON, PRECISEZ LE NOMBRE DE JOURS NON PRIS : ………jours.  **INSCRIPTION COMME DEMANDEUR D’EMPLOI**  OUI NON  SI OUI, DATE D’INSCRIPTION……………………………….  **L’AGENT EXERCE-T-IL UNE ACTIVITE REDUITE CONSERVEE?** OUI NON  *(activité réduite conservée : exercée avant la perte d’emploi)*  **L’AGENT EXERCE-T-IL UNE ACTIVITE REDUITE REPRISE ?** OUI NON  *(activité réduite reprise : exercée depuis la perte d’emploi)* |

|  |
| --- |
| **AFFILIATION (tous employeurs confondus – publics et privés)** |
| Au moins 130 jours travaillés ou 910 heures travaillées au coursdes **24 mois précédant la fin des fonctions** pour les agents de **moins de 53 ans**  Au moins 130 jours travaillés ou 910 heures travaillées au cours des **36 mois précédant la fin des fonctions** pour les agents d’**au moins 53 ans** |

|  |
| --- |
| **PIECES A FOURNIR** |
| **OBLIGATOIREMENT :**  Copie de la **notification de rejet de prise en charge** de l’allocation chômage par Pôle Emploi faisant suite à l’inscription de l’intéressé(e) à Pôle Emploi  Copie de **l’attestation employeur** destinée à Pôle-emploi obligatoirement remise à l’intéressé(e) par la collectivité  Copie des **24 derniers bulletins de salaire** pour les agents de moins de 53 ans,  copie des **36 derniers bulletins de salaire** pour les agents de 53 ans et plus  **EVENTUELLEMENT :**  Historique des arrêts maladie d’au moins 15 jours sur les 24 derniers mois (agents de moins de 53 ans) ou sur les 36 derniers mois (agents de 53 ans et plus)  Copie de la notification d’attribution de la pension d’invalidité délivrée par la CPAM  Copie de la notification d’attribution de la pension de retraite pour invalidité versée par la CNRACL  Copie de la notification d’attribution de tout autre avantage vieillesse  Copie des bulletins de salaires en cas d’activité réduite reprise exercée depuis la perte d’emploi |

|  |
| --- |
| **POUR INFORMATION** |
| **POUR LES AGENTS DE MOINS DE 53 ANS A LA DATE DE PERTE D’EMPLOI :**  La durée d’indemnisation est égale à la durée d’affiliation prise en compte pour l’ouverture des droits.  Elle ne peut être inférieure à 6 mois  Elle ne peut être supérieure à 548 jours (1 an et demi)  **POUR LES AGENTS D’AU MOINS 53 ANS A LA DATE DE LA PERTE D’EMPLOI :**  La durée d’indemnisation est égale à la durée d’affiliation prise en compte pour l’ouverture des droits.  Elle ne peut être inférieure à 6 mois.  Elle ne peut pas être supérieure à 685 jours ( 1 an 10 mois 15 jours ) pour les personnes âgées de 53 ans à 54 ans.  Elle ne peut pas être supérieure à 822 jours (2 ans 3 mois) pour les personnes âgées d’au moins 55 ans. |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES** |
| **OBSERVATIONS DE VOTRE PART :**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |