

# Formulaire de demande APRE (Aide Personnalisée au Retour à l'Emploi)

## Versement au prestataire de service



Département : ..... Territoire RSA : .....  
En cas d'absence de justificatifs ou de remplissage incomplet du formulaire, le dossier sera retourné au prescripteur.

### Bénéficiaire

Nom : ..... Prénom : .....  F  H  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Date de naissance : ..... N° allocataire CAF .....  
Identifiant Pôle emploi : ..... contrat d'insertion :  oui  non  
Situation familiale :  isolé  isolé avec enfant(s)  couple  couple avec enfant(s) **joindre justificatif RSA**

### Prestataire de service

Raison Sociale : .....  
Nom, prénom, fonction du représentant : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... N° SIRET : ..... **joindre RIB du prestataire et accord préalable signé**

### Prescripteur

Tampon de la structure : ..... Nom, prénom du référent unique : .....  
Tél organisme : ..... Nom, prénom du responsable de l'organisme : .....  
Mail organisme ..... Signature : .....  
*Certifie que le dossier est complet et que le BRSA est éligible sous réserve que le cumul des aides fixé par le règlement intérieur ne soit pas dépassé.*

### Motif de la demande

reprise d'emploi en CDI  reprise d'emploi en mission  
 reprise d'emploi en CDD  création d'entreprise  
 Autres cas prévus par le règlement intérieur **joindre justificatif du motif**

### Aide départementale demandée

Code de l'aide : ..... Libellé : ..... Montant demandé : ..... , €  
**joindre justificatif du montant**

Demande établie le : ..... Transmise le : .....  
 au service de paiement  pour avis complémentaire

### Avis complémentaire si mentionné dans le règlement intérieur (équipe pluridisciplinaire ou autre)

*projet*  Accepté et transmis le ..... signature : .....  
 Refusé et retourné le .....  
Nom, prénom du signataire : ..... **joindre argumentation du prescripteur (papier libre)**

### Avis complémentaire si mentionné dans le règlement intérieur (équipe pluridisciplinaire ou autre)

Dossier recevable et complet payé le ..... Nom, prénom du signataire : .....  
 Dossier retourné au prescripteur le .....  
*Motif*  cumul aides dépassé  dossier incomplet  autre aide à compléter Signature : .....

**A adresser au SERVICE COMPTABILITE FINANCES - POLE EMPLOI indiqué sur le règlement intérieur de l'APRE**