

      

**FICHE DE LIAISON 2022**

|  |
| --- |
| **Fiche à retourner à : ESSONNE MOBILITES, par courriel :** **contact@essonnemobilites.fr** **(01.69.16.11.69)** |

*« L’association Essonne MobilitéS a pour but la recherche et la mise en œuvre de* ***solutions de mobilités individualisées*** *et durables destinées aux* ***personnes les plus défavorisées*** *résidentes sur le territoire de l’Essonne »*

**Prescripteur**

Structure :

🞐 MDS 🞐 Mission Locale 🞐 IAE 🞐 PLIE 🞐 Cap Emploi 🞐 Pôle Emploi 🞐 Autre :

Nom du conseiller/référent unique en charge de l’accompagnement :

Structure et Adresse :

Tél : Courriel : @

Nom du référent départemental :

🞐 Référent en M.D.S. *(pour les allocataires du RSA en accompagnement social)* :

🞐 Référent Mobilité en Mission Locale *(pour les jeunes en accompagnement Mission Locale)*:

🞐 Référent Autre Structure :

Tél : Courriel : @

**Date, Tampon et Signature :**

**Identification du candidat**

Nom : Prénom : Genre : 🞐 F 🞐 H

Adresse :

Code Postal et Ville : QPV : 🞐 OUI 🞐 NON

Tel fixe/portable : **Courriel : …………@**

Date de naissance : Ville de naissance :

Situation familiale : 🞐 Marié(e) 🞐 Vie conjugale 🞐 Célibataire - Nombre d’enfants à charge :

Personne à Mobilité Réduite : 🞐 OUI 🞐 NON

Dernière classe fréquentée / niveau de formation :

Dernier emploi occupé :

**Autorisation de traitement de données à caractère personnel** (RGPD) – **A compléter par le candidat**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Né(e) le :

Autorise Essonne MobilitéS à utiliser les données personnelles collectées dans le cadre de son accompagnement. Ces données dématérialisées sont saisies dans un outil informatique (BEKO et/ou base de données Excel).

Fait le : ............................................................. à :

Signature :

Conformément à la loi «informatique et libertés», vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant: Essonne MobilitéS 10F chemin du Larris 91150 Etampes (contact@essonnemobilites.fr)

**Statut du candidat**

🞐 Allocataire du RSA N° CAF :

 Type de suivi : 🞐 en accompagnement social 🞐 en accompagnement emploi

🞐 Jeune 18-25 ans suivi par la Mission Locale

 Dispositif d’accompagnement du jeune : 🞐 Garantie Jeune 🞐 PACEA 🞐 Aucun/Autre

🞐 Autre public : 🞐 DE 🞐 DELD 🞐 RQTH 🞐 Jeune 18-25 ans 🞐 Réfugié/Demandeur d’Asile

 Type de suivi/allocation : 🞐 AAH 🞐 ADA 🞐 ARE 🞐 ASS 🞐 GLO

🞐 Autre situation :

**Statut Emploi / Formation**

🞐 Formation/Stage 🞐 Recherche Emploi

🞐 En Emploi, précisez : 🞐 Emploi IAE 🞐 Intérimaire 🞐 CDD Temps partiel

 🞐 CDD Temps complet 🞐 CDI Temps partiel 🞐 CDI Temps complet

**Situation au niveau de l’hébergement**

🞐 Logé chez les parents 🞐 Hébergé 🞐 Locataire 🞐 Propriétaire 🞐 Autre :

Nombre de personnes au foyer :

**Conditions de ressources mensuelles du foyer (cf. fiche de calcul)**

🞐 Jeune/RSA - montant de la moyenne économique *(<240 euros critère CD91)* =

🞐 ARE/DE - montant de l’indemnisation Pôle Emploi =

🞐 Autre situation - montant ressource mensuelle =

**Motif de l’orientation vers le dispositif**

⬜ Diagnostic individuel de mobilité pouvant amener à l’une de nos formations *(Permis B ou AM, formation vélo, etc)*

⬜ Solution de transport à la demande

⬜ Location de véhicules : 🞐 vélo à assistance électrique 🞐 scooter 🞐 voiture

⬜ Garage Solidaire : 🞐 diagnostic 🞐 devis 🞐 réparations 🞐 achat véhicule

**Merci de décrire précisément le contenu, la validation du projet professionnel et le lien direct avec la problématique de mobilité :**

Le.la candidat.e est disponible à plein temps pour les formations code et conduite**: ⬜ OUI ⬜ NON**

Dans la perspective du permis B, le.la candidat.e a la capacité de régler 150 € au démarrage de la formation et 30 € de redevance par examen du code : **⬜ OUI ⬜ NON**

Secteur d’activité visé en horaire décalés : ⬜ OUI ⬜ NON

Besoin du permis dans l’exercice de la profession visée : ⬜ OUI ⬜ NON

Lieu de résidence non desservi par les transports en commun : ⬜ OUI ⬜ NON

Lit et écrit sans difficulté le français : ⬜ OUI ⬜ NON