



DEMANDE DE MAINTIEN DE LA COUVERTURE SOCIALE POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI ET LES BÉNÉFICIAIRES DU REVENU MINIMUM D'INSERTION CRÉATEURS D'ENTREPRISE

Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

N° SIRET

NOM, prénom
ou
Raison sociale

Adresse

Code postal Commune Tél.

Activité principale Date de début d'activité

Forme juridique : EURL Entreprise individuelle SARL SA SCOP Autre

Nombre de personnes qui bénéficient de l'aide

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F
Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)

Signature du bénéficiaire

Date

Date à partir de laquelle
l'aide est accordée

Signature du Préfet du département ou de son représentant

Date



DEMANDE DE MAINTIEN DE LA COUVERTURE SOCIALE POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI ET LES BÉNÉFICIAIRES DU REVENU MINIMUM D'INSERTION CRÉATEURS D'ENTREPRISE

Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

N° SIRET

NOM, prénom
ou
Raison sociale

Adresse

Code postal Commune Tél.

Activité principale Date de début d'activité

Forme juridique : EURL Entreprise individuelle SARL SA SCOP Autre

Nombre de personnes qui bénéficient de l'aide

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F
Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)

Signature du bénéficiaire

Date à partir de laquelle
l'aide est accordée

Signature du Préfet du département ou de son représentant

Date

Date



DEMANDE DE MAINTIEN DE LA COUVERTURE SOCIALE POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI ET LES BÉNÉFICIAIRES DU REVENU MINIMUM D'INSERTION CRÉATEURS D'ENTREPRISE

Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

N° SIRET

NOM, prénom
ou
Raison sociale

Adresse

Code postal Commune Tél.

Activité principale Date de début d'activité

Forme juridique : EURL Entreprise individuelle SARL SA SCOP Autre

Nombre de personnes qui bénéficient de l'aide

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F
Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)

Signature du bénéficiaire

Date à partir de laquelle
l'aide est accordée

Signature du Préfet du département ou de son représentant

Date

Date



DEMANDE DE MAINTIEN DE LA COUVERTURE SOCIALE POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI ET LES BÉNÉFICIAIRES DU REVENU MINIMUM D'INSERTION CRÉATEURS D'ENTREPRISE

Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

N° SIRET

NOM, prénom
ou
Raison sociale

Adresse

Code postal Commune Tél.

Activité principale Date de début d'activité

Forme juridique : EURL Entreprise individuelle SARL SA SCOP Autre

Nombre de personnes qui bénéficient de l'aide

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F
Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)

Signature du bénéficiaire

Date

Date à partir de laquelle
l'aide est accordée

Signature du Préfet du département ou de son représentant

Date



DEMANDE DE MAINTIEN DE LA COUVERTURE SOCIALE POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI ET LES BÉNÉFICIAIRES DU REVENU MINIMUM D'INSERTION CRÉATEURS D'ENTREPRISE

Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

N° SIRET

NOM, prénom
ou Raison sociale

Adresse

Code postal Commune Tél.

Activité principale Date de début d'activité

Forme juridique : EURL Entreprise individuelle SARL SA SCOP Autre

Nombre de personnes qui bénéficient de l'aide

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F
Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)

Signature du bénéficiaire

Date

Date à partir de laquelle
l'aide est accordée

Signature du Préfet du département ou de son représentant

Date



Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

NOM, prénom ou Raison sociale

N° SIRET

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F

Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)

Signature du bénéficiaire

Date à partir de laquelle l'aide est accordée

Signature du Préfet du département ou de son représentant

Date

Date



Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

NOM, prénom ou Raison sociale

N° SIRET

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F

Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)</p> <p style="text-align: center;">Signature du bénéficiaire</p> <p>Date</p>	<p>Date à partir de laquelle l'aide est accordée <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Signature du Préfet du département ou de son représentant</p> <p>Date</p>
--	--



Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

NOM, prénom ou Raison sociale

N° SIRET

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F

Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)

Signature du bénéficiaire

Date à partir de laquelle l'aide est accordée

Signature du Préfet du département ou de son représentant

Date

Date



Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

NOM, prénom ou Raison sociale

N° SIRET

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F

Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)</p> <p style="text-align: center;">Signature du bénéficiaire</p> <p>Date</p>	<p>Date à partir de laquelle l'aide est accordée <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Signature du Préfet du département ou de son représentant</p> <p>Date</p>
--	--



Article 6 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 13 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

L'ENTREPRISE

NOM, prénom ou Raison sociale

N° SIRET

LE BÉNÉFICIAIRE (s'il y a plusieurs bénéficiaires, joindre les formulaires complémentaires correspondants)

NOM, prénom Sexe H F

Nom d'épouse pour les femmes mariées Date de naissance

Adresse

Code postal Commune Tél.

Numéro de Sécurité sociale ou d'assurance sociale agricole

Régime de Sécurité sociale : régime général régime agricole autre régime (préciser)

Numéro d'allocataire de prestations familiales (s'il y a lieu)

Date de fin de préavis Date d'inscription à l'ANPE

Date d'ouverture des droits (à l'assurance chômage) Durée des droits jours (à l'assurance chômage)

Organisme payeur (ASSEDIC ou employeur du secteur public)

Êtes-vous allocataire du RMI ? oui non

Êtes-vous indemnisé au titre du chômage ? oui non en attente Numéro du dossier ASSEDIC

Allocation de chômage perçue : Allocation unique dégressive Allocation de solidarité spécifique Allocation d'insertion

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, sous peine des sanctions prévues par la loi (voir notice cadre 10)</p> <p style="text-align: center;">Signature du bénéficiaire</p> <p>Date</p>	<p>Date à partir de laquelle l'aide est accordée <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Signature du Préfet du département ou de son représentant</p> <p>Date</p>
--	--