**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COLLABORATION   
EN VUE DE LA MISE A DISPOSITION D’UNE PERSONNE EN EMPLOI D’INSERTION.**

# **Informations générales sur votre organisme**

**Dénomination de l’organisme** :

Statut juridique :  ASBL  S.A.  SRL  Autre :

Si ASBL, précisez l’objet social : culture / social / santé / formation / enseignement / sport

Autres :

**Nom du responsable[[1]](#footnote-1)**  :

Fonction dans l’organisme (administrateur délégué/directeur général/gérant,…) :

Tél. : E-mail :

**Nom de la personne de contact** (si différente du responsable) :

Fonction dans l’organisme :

Tél. : E-mail :

**Adresse du siège social** :

Code postal : Commune :

**N° d’entreprise** :

Adresse de l’unité d’établissement concernée par la demande (si différente du siège social) :

Code postal : Commune :

N° de l’unité d’établissement :

N° TVA : Commission paritaire :

**À remplir par les entreprises sociales :**

**Mandatement** de la Région de Bruxelles-Capitale pour la réalisation d’un programme d'insertion :

OUI  / NON

**Agrément** de la Région de Bruxelles-Capitale en tant qu’entreprise sociale : OUI  / NON

Si c’est le cas, N° PRIMANOVA :

**Description sommaire de l’activité (type d’activité, objet social, missions de l’organisme, …)** :

|  |  |
| --- | --- |
| Documents à transmettre au CPAS  Informations générales sur votre organisme | Documents transmis au CPAS |
| Statuts de l’organisme tels que publiés au Moniteur belge |  |
| Derniers comptes et bilans approuvés |  |
| Attestation TVA du dernier trimestre |  |
| Attestation d’agrément en tant qu’entreprise sociale, le cas échéant |  |
| Attestation de mandatement en tant qu’entreprise sociale d’insertion, le cas échéant |  |
| Attestation de l’Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, le cas échéant |  |
| Toute autre pièce utile pour présenter l’organisme (rapport d’activité, brochures, …) |  |

# **Informations relatives au personnel et à l’environnement de travail**

* **Avez-vous un service Interne de Prévention et Protection au Travail (SIPPT) : OUI  / NON**

SI OUI : Coordonnées du Conseiller en Prévention (nom, tél, e-mail,…)

* **Avez-vous un service Externe de Prévention et Protection au Travail (SEPPT) : OUI  / NON**

SI OUI : Coordonnées du Service Externe et du Médecin du Travail (nom, tél,…) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Accidents du travail** | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre d’accidents de travail |  |  |
| Nombre d’accidents du travail graves |  |  |
| Nombre de jours d’incapacité de travail |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documents à transmettre au CPAS  Informations relatives au personnel et à l’environnement de travail | | Documents transmis  au CPAS |
| Règlement de travail | |  |
| Attestation ONSS |  | |
| Preuve de l’assurabilité en matière de responsabilité civile pour les travailleurs | |  |
| La déclaration sur l’honneur relative au volume d’emploi *(annexe 1)* | |  |
| Rapport annuel SIPPT et/ou SEPPT, le cas échéant | |  |
| Dernier rapport de visite des lieux de travail en matière de prévention et de protection au travail, le cas échéant | |  |
| Toute pièce utile permettant d’éclairer l’organisation du travail : organigramme, ROI, charte, … | |  |

# **Informations relatives au poste de travail (A remplir pour chaque poste de travail sollicité)**

**Nombre de contrat de mise à disposition souhaité auprès de notre centre ?**

**Précisez la répartition par poste/fonction.**

|  |  |
| --- | --- |
| Documents en annexe à remplir et à transmettre au CPAS | Documents  transmis au  CPAS |
| Description de poste *(annexe 2 – I )* |  |
| Horaire de travail *(annexe 2 – II )* |  |
| Calendrier des dates pour fermetures collectives *(annexe 2 – III )* |  |
| Fiche d’évaluation des risques liés au poste de travail *(annexe 2 - IV)* |  |
| Autres personnes de contact dans l’organisme *(annexe 3)* |  |

# **Projet d’Insertion Professionnelle (A remplir pour chaque poste de travail sollicité)**

Le projet d’insertion professionnelle doit contribuer à former le travailleur à l’emploi qu’il occupe ou à développer son autonomie dans une perspective de transition vers un emploi durable et de qualité.

Sur base de la description de fonction, du projet d’insertion professionnelle proposé par l’utilisateur et du projet professionnel du travailleur ainsi que de ses compétences propres, un « plan d’acquisition de compétences » sera déterminé. Ce plan fera l’objet d’un suivi tout au long de la mise à disposition et pourra évoluer pendant cette période. Le « plan d’acquisition de compétences » sera approuvé par le CPAS, l’utilisateur et le travailleur. Les périodes de formation et d’accompagnement prévues seront assimilées à des prestations de travail.

*Indiquez ici ce que vous envisagez de mettre en place afin de favoriser l’insertion professionnelle de la personne engagée au sein de votre organisme.*

* Comment envisagez-vous l’écolage du travailleur ?

* Que proposez-vous de mettre en place pour permettre la formation du travailleur afin de développer son autonomie dans une perspective d’emploi durable ?

* Quelles sont les compétences professionnelles que le travailleur pourrait acquérir durant son contrat de travail ?

* Etes-vous prêt à libérer le travailleur jusqu'à maximum 1/5 du temps de travail annuel pour lui permettre de se former (**comme le prévoit et le précise la convention-cadre**)?

**OUI  / NON**

* Si non, pour quels motifs ?

* Existe-t-il une possibilité d’embauche au sein de votre organisation au terme de l’emploi d’insertion.

**OUI  / NON**

Si oui, sous quelle forme ?

Si non, pour quels motifs ?

**Un référent doit être désigné pour accompagner le travailleur durant tout son contrat. Veuillez remplir ci-dessous les données nécessaires pour identifier cette personne :**

Nom, prénom :

Fonction :

Téléphone :

E-mail :

Ancienneté dans l’organisme :

* Le référent encadre combien de personnes ?
* Quel temps hebdomadaire, le référent consacrera-t-il à l’accompagnement de l’agent en emploi d’insertion ?

# **ELEMENTS COMPLEMENTAIRES (FACULTATIFS) (A remplir pour chaque poste de travail sollicité)**

* Avez-vous déjà un candidat pressenti aidé par notre CPAS que vous souhaitez voir mis à disposition ?

**OUI  / NON**

Si OUI : nom, prénom, date de naissance (ou R.N.) de la personne concernée :

# **SIGNATURE**

Je soussigné, certifie que les données transmises sont exactes.

Fait à , le / /

Signature du candidat utilisateur *(précédé par la mention « lu et approuvé »)*,

**ANNEXE 1 – Déclaration sur l’honneur relative au volume d’emploi**

Conformément à l’article 3 de l’Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 23 mai 2019 relatif à l'emploi d'insertion visé à l'article 60, § 7 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale,

***« L'utilisateur externe doit, au moment de la demande de collaboration, démontrer qu'il ne remplace pas d'emplois existants par des emplois d'insertion et qu'il s'engage à maintenir le volume d'emploi à sa charge tel qu'existant avant la mise à disposition. »***

Vous déclarez sur l’honneur :

* **Disposer à la date de signature du présent formulaire du volume d’emploi suivant à charge :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnel de l’utilisateur** | **Nombre de personne(s)** | **Volume ETP** | **Fonction (s)** | **Evolution au cours des 12 derniers mois:**   * **Stable** * **Licenciements (motifs)** * **Engagements** |
| **Salarié(s) à charge de l’utilisateur** |  |  |  |  |
| **Dont contrats subventionnés**  **(type à préciser)** |  |  |  |  |
| **Stagiaires (type à préciser)** |  |  |  |  |
| **Bénévoles** |  |  |  |  |
| **Total du personnel déjà mis à disposition en emploi d’insertion visé à l’art. 60 L.O. (Tous CPAS confondus)**  **Détail du nombre par CPAS**  **…..…** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Que l'emploi d'insertion sollicité par la présente demande de collaboration représente un emploi supplémentaire au sein de l’organisme.**

# **Signature**

Je soussigné, , certifie que les données transmises sont exactes.

Fait à , le / /

Signature du candidat utilisateur *(précédé par la mention « lu et approuvé »)*,

### **ANNEXE 2 - INFORMATIONS RELATIVES AU POSTE DE TRAVAIL (A remplir pour chaque poste de travail différent sollicité)**

1. **Description de poste**

La description de fonction doit renvoyer à un référentiel métier en lien avec le marché du travail et qui permet de déterminer les compétences requises liées à l’exercice du métier.

## *Vous pouvez consulter, par exemple, les sites web suivants : IMTB/TALENT sur : http://imtb.actiris.be/Pages/Default.aspx, Colombus, ROM3 en lien avec le marché du travail*

## Description du poste de travail

|  |  |
| --- | --- |
| Affectation : *dans quel service/département le travailleur exercera-t-il ses tâches ?* |  |
| Localisation :   * adresse principale : * adresse si le lieu d’affectation est différent du siège social :   Déplacement requis ? Oui/ Non  Si oui, par quels moyens |  |
| Responsable direct : (nom, prénom, fonction) |  |
| Dénomination de la fonction (agent d’entretien, ouvrier non qualifié, employé administratif …etc.) |  |
| Tâches liées à la fonction. Préciser s’il s’agit de tâches d’exécution de manière autonome ou en support d’une autre personne |  |

## Profil recherché

|  |  |
| --- | --- |
| Compétences techniques (bâtiment, nettoyage, jardinage, informatique, ..) |  |
| Compétences relationnelles (sens de l’accueil, esprit d’équipe, sociabilité,..) |  |
| Compétences linguistiques (français, néerlandais, anglais, ..)  Niveau de maîtrise de la lecture et de l’écriture du français et/ou du néerlandais |  |
| Autres prérequis, le cas échéant (accès à la profession, permis de conduire, … ) |  |

1. **Horaire de travail**

Temps plein  Temps partiel 

Hebdomadaire : heures/semaine - Journalier : heures/jour

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | …………..………… | | …………..………… | |
| de | à | de | à |
| Lundi |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Samedi |  |  |  |  |
| Dimanche |  |  |  |  |

Horaire à justifier par un besoin spécifique du secteur d’activités :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Justifier (si oui) |
| En soirée |  |  |  |
| De nuit |  |  |  |
| De WE |  |  |  |

Régime de travail fixe :  Régime de travail flexible[[2]](#footnote-2) :

Explications du régime de travail flexible (si d’application) :

1. **Calendrier des périodes de fermeture collective.**

Est-ce que votre organisme a fixé des **périodes de fermeture collective** pour vacances annuelles ?

OUI  / NON

Si oui, veuillez compléter les périodes :

* Du . . . . . / . . . . . /. . . . . au . . . . . / . . . . . /. . . . .
* Du . . . . . / . . . . . /. . . . . au . . . . . / . . . . . / . . . . .
* Du . . . . . / . . . . . /. . . . . au . . . . . / . . . . . /. . . . .

1. **Fiche d’évaluation des risques liés au poste de travail**

• Poste nécessitant un diplôme/ une formation avant l’engagement : OUI  / NON

Si OUI, précisez :

• Travail en équipe : OUI  / NON

• Formation de sécurité prévue pour le travailleur : OUI  / NON

Si OUI, précisez :

• Travail encadré/parrainé : OUI  / NON

Identification et qualification de l’encadrant :

• Travail sur machine(s) : OUI  / NON

Si oui, précisez :

• Instructions relatives à l’utilisation de la (des) machines affichées? OUI  / NON

## Risques professionnels

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Risques professionnels liés à l’activité du travailleur** | **Oui** | **Non** |
| Travaux / tâches  - extérieurs  - intérieurs |  |  |
| Poste de sécurité  - Utilisation d’équipements tels que grues, ponts roulants, engins de levage, nacelle, …  - Conduite de véhicules |  |  |
| S’agit-il d’un poste de vigilance ?  = poste de travail qui consiste en une surveillance permanente du fonctionnement d’une installation où un défaut de vigilance peut mettre en danger la santé et/ou la sécurité d’autres travailleurs |  |  |
| La fonction concerne-t-elle une activité liée aux denrées alimentaires ? |  |  |
| Travail en hauteur (risque de chute)  - Echelle  - Toiture  - échafaudage  Autre : …………………………………………. |  |  |
| Risque de chutes d’objets |  |  |
| Risques de brûlures (soudage, four, repassage,…) |  |  |
| Poussières et particules fines (farine, menuiserie, …) |  |  |
| Agents chimiques (solvants, peintures, …)  Précisez : ……………………………………… |  |  |
| Agents cancérigènes  Précisez : ……………………………………… |  |  |
| Agents biologiques (piqure d’aiguille, travail dans égouts, …)  Précisez : ……………………………………… |  |  |
| Manipulation de produits d’entretien (nettoyage et autres) |  |  |
| Risque explosif (bonbonne de gaz, vapeur d’essence, …) |  |  |
| Charge physique (manutention)  Précisez :  moins de 25 kg /  plus de 25 kg |  |  |
| Vibrations |  |  |
| Travail soumis au bruit |  |  |
| Troubles musculo-squelettiques |  |  |
| Travail sur écran |  |  |
| Exposition au froid |  |  |
| Exposition à la chaleur |  |  |
| Travail monotone ou répétitif |  |  |
| Utilisation d’outils tournants : tour, foreuse,… |  |  |
| Utilisation d’objets ou d’outils coupants ou tranchants (trancheuse, scie circulaire, ciseau à bois, …) – risque de coupure Précisez : ……………………………………… |  |  |
| Risques électriques |  |  |
| Transport de personnes  Précisez le nombre approximatif de personnes transportées/jour : ……………………………………… |  |  |
| Risques liés aux relations interpersonnelles par rapport à la mission du travail (conflits, agressions, violence,….) |  |  |
| Travail  - posté (les équipes se relaient au même poste les unes après les autres en continu)  - de nuit |  |  |
| Travailleur isolé |  |  |
| Autres éléments liés aux risques professionnels  Précisez : ……………………………………… |  |  |

## Mesures de prévention /recommandations :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vêtements de travail et équipements de protection individuelle (EPI) à porter :** | | | |
| Salopette | Pantalon | | Veste |
| Coiffe | Cache-poussière | | Tablier |
| Gants (type):  ……………………………………………………….……………….. | | Casque (type) :  ……………………………………………………….……………….. | |
| Chaussure de sécurité (type) :  ……………………………………………..………….……………… | | Ecran de protection / lunettes (type):  ………………………………..………………………………………. | |
| Protection respiratoire (type):  …………………………………………………………………….….. | | Protection de l’ouïe (type):  …………………………….…………………………………………… | |
| Harnais de sécurité (type):  …………………………………………………………………………. | | Autres:  ………………………………………………………………………… | |

Sont-ils fournis : OUI  / NON

o SI NON : Pourquoi ?

# **Signature**

Je soussigné, , certifie que les données transmises sont exactes.

Fait à , le / /

Signature du candidat utilisateur *(précédé par la mention « lu et approuvé »)*,

**ANNEXE 3 - AUTRES PERSONNES DE CONTACT DANS L’ORGANISME**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne responsable du processus de sélection des travailleurs :**  Nom :  Prénom :  Téléphone :  GSM :  E-Mail : | **Personne responsable de la gestion des états de prestations mensuelles des travailleurs :**  Nom :  Prénom:  Téléphone :  GSM :  E-Mail : |

1. Nom de la personne habilitée à engager légalement l’organisation [↑](#footnote-ref-1)
2. En cas de régime de travail flexible, l’ensemble des horaires d’application doit être transmis au CPAS. [↑](#footnote-ref-2)