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

**(Ne pas imprimer ni signer ce document. Renvoie idéal du document complété en format Word)**

# **Informations générales sur votre organisme**

**Dénomination de l’organisme** : ...………………………………………………………………………………………………...

Statut juridique : O ASBL O S.A. O SRL O Autre : ...…………………………………….

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

Autres : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Personne de contact** : …………………………………………………………………………………………………………………......

Fonction dans l’organisme : ……………………………………………………………………………………………………………….

Tél. : ……………………………. Fax : ……………………………. E-mail : ……………………………………………………………….

Adresse du siège social : …………………………………………………………………………………………………….................

Code postal : ………………………. Commune : ………………………………………………………………

N° d’entreprise : …………………………………….... N° de compte : ……………………………………......................

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 :**

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

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

Si c’est le cas, N° PRIMANOVA : ………………………………

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

|  |
| --- |
| ... |

|  |  |
| --- | --- |
| Documents à transmettre au CPAS | Documents réceptionnés par le 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 | Documents réceptionnés par le 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 | 🗵☑ |
| Dernier rapport de visite des lieux de travail en matière de prévention et de protection au travail | 🗵☑ |
| 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)**

|  |  |
| --- | --- |
| Documents en annexe à remplir et à transmettre au CPAS | Documents réceptionnés par le CPAS |
| Description de fonction *(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)**

*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.*

**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.**

* Comment envisagez-vous l’écolage du travailleur ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Que proposez-vous de mettre en place pour permettre la formation du travailleur ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* 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 ?

**OUI/NON**

Si non, pour quels motifs ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Quel accompagnement comptez-vous mettre en place afin de développer l’autonomie du travailleur dans une perspective d’emploi durable ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 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 direct : …………………………………………………………………………………………………………………………….

E-mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ancienneté : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Le référent encadre combien de personnes ? ………………………………………………………………………
* Quel temps hebdomadaire, le référent consacre-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**

Nom, prénom, date de naissance de la personne concernée :

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

* [A compléter le cas échéant par le CPAS] ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

### **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. »*

Je soussigné, ……………………………………………………, représentant légal de ……………………………………………. (Nom de l’organisme), déclare sur l’honneur :

* Disposer à la date de signature du volume d’emploi suivant à sa 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 mis à disposition en emploi d’insertion visé à l’art. 60 LO (Tous CPAS confondus)**  | . | . | . | . |
| * Par le CPAS de XXX :
 | . | . | . | . |
| * Par autre(s) CPAS:
 | . | . | . | . |

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

Fait à Bruxelles, le ……………………………….

**(Ne pas imprimer ni signer ce document – renvoie idéal en format Word)**

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

1. **Description de fonction**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du partenaire | ………………………………………………………………………… |
| Nouveau ou remplacement | …………………………………………………………………………… |
| 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/ NonSi oui, par quels moyens | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Responsable direct : (nom, prénom, fonction)Mail - Téléphone | ……………………………………………………………………………… |
| Dénomination de la fonction (agent d’entretien, ouvrier non qualifié, employé administratif, etc…)Contrat Ouvrier ou Employé | ……………………………………………………………………………… |
| 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matin | Après-midi |
| 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 |
| En soirée |  |  |  |
| De nuit |  |  |  |
| De WE |  |  |  |

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

Explications du régime de travail flexible :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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 ... / ... / ...
1. **Fiche d’évaluation des risques liés au poste de travail** (ce modèle peut être remplacé par celui utilisé au sein du CPAS)

• Poste requérant diplôme/formation avant l’engagement : OUI /NON

Si OUI, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………

• Travail en équipe : OUI / NON

• Formation prévue du travailleur : OUI / NON

Si OUI, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………

• Travail encadré/parrainé : OUI / NON

Identification et qualification du parrain : ……………………………………………………………………………

• 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** |
| Travaux - extérieurs- intérieurs | ☑☑ |
| Poste de sécurité- Utilisation d’équipements tels que grues, ponts roulants, engins de levage, nacelle, …- Conduite de véhicules- Formations prévues : ……………………………………………………. | ☑☑ |
| 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 | ☑☑☑ |
| Chutes d’objets | ☑ |
| Risques de brûlures (soudage, four, repassage,…) | ☑ |
| Poussières et particules fines (farine, menuiserie, …) | ☑ |
| Agents chimiques (solvants, peintures, …)Précisez : …………………………………………………………………………. | ☑ |
| Agents cancérigènesPrécisez : ………………………………………………………………………...... | ☑ |
| Agents biologiques (ex : 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 coupurePrécisez : ..……………………………………………………………………………. | ☑ |
| Risques électriques | ☑ |
| Transport de personnesPrécisez nombre de personnes transportées/jour : ………………………………. | ☑ |
| Risques liés aux relations interpersonnelles au travail (conflits, agressions, violence,….) | ☑ |
|  Travail - posté- de nuit | ☑☑ |
| Travailleur isolé | ☑ |
| AutrePrécisez : ………………………………………………………………………………. | ☑ |

## Mesures de prévention /recommandations :

…………………

## Vêtements de travail et équipements de protection individuelle (EPI) à porter :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O Salopette | O Pantalon | O Veste |
| O Coiffe | O Cache-poussière |  |
| O Gants (type): ……………………………………………………….……………….. | O Casque (type) : ……………………………………………………….……………….. |
| O Chaussure de sécurité (type) : ……………………………………………..………….……………… | O Ecran de protection / lunettes (type): ………………………………..………………………………………. |
| O Protection respiratoire (type): …………………………………………………………………….….. | O Protection de l’ouïe (type): …………………………….…………………………………………… |
| O Harnais de sécurité (type): …………………………………………………………………………. | O Autres: ………………………………………………………………………… |

Sont-ils fournis : OUI / NON

O SI NON : Pourquoi ? …………………………………………………………………………………………………………….

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Processus de sélection des travailleurs :**Nom : …Prénom : … Téléphone : … GSM : …Courriel : … | **Gestion des états de prestations mensuelles :**Nom : …Prénom : …Téléphone : …GSM : …Courriel : … |

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)