



DOSSIER D'INSCRIPTION A UN POSTE :

AIDE A DOMICILE

Fonctionnement de l'inscription :

- Le dossier d'inscription a une **validité de 1 AN**.
- Le dossier d'inscription doit être soigneusement complété et remis au bureau ADAPAC 29 av de la Garenne Verte BP20114 19103 BRIVE dans les meilleurs délais (déposé ou envoyé par courrier).
- Votre demande d'emploi sera enregistrée dans un fichier avec toutes les informations utiles dont vos disponibilités horaires.
- Dès lors que la responsable du secteur sur lequel vous postulez aura besoin d'embaucher quelqu'un pour un remplacement, elle consultera le fichier et pourra vous contacter pour vous proposer un entretien.
- Tout changement dans votre situation doit être signalé au bureau pour que l'on modifie les données au fichier d'inscription.

Fonctionnement de l'emploi :

• **SERVICE PRESTATAIRE** : l'association est votre unique employeur. Elle signe avec vous un contrat de travail dont la durée est fixée par la responsable de votre secteur selon le ou les remplacements que vous serez amenée à effectuer. Votre responsable de secteur vous remettra un planning d'intervention à respecter scrupuleusement. Votre rémunération sera fonction de votre qualification et de votre classification dans la grille de la Branche Aide à domicile. Le salaire évolue tous les ans avec votre ancienneté et selon les hausses décidées nationalement. Les temps de formation, de mise à disposition et les frais de route sont indemnisés par l'association. **IL EST INDISPENSABLE DE POSSEDER LE PERMIS DE CONDUIRE ET UN VEHICULE AUTOMOBILE.**

• **SERVICE MANDATAIRE** : l'association n'est pas votre employeur. Elle est l'intermédiaire entre des usagers qui sont vos employeurs et vous-même. L'association, pour le compte des usagers-employeurs va réaliser vos contrats de travail, organiser vos missions, et gérer votre dossier salarié. Elle devra être informée de tout évènement survenu dans le cadre de vos emplois. Application de la convention collective des employées de maison. Toute indemnité doit être négociée entre vous et vos employeurs puis informée à l'association qui établit vos fiches de paie. Une fiche de paie par employeur et un contrat de travail par employeur.

L'ADAPAC,

> POUR L'AIDE AUX ACTES QUOTIDIENS ET LE MAINTIEN À DOMICILE DE TOUTE PERSONNE EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE TEMPORAIRE OU DEFINITIVE LIEE A L'AGE A LA MALADIE OU AU HANDICAP

> POUR UNE AIDE SIMPLE AU MENAGE OU POUR LA GARDE D'UN ENFANT

> POUR UN ACCOMPAGNEMENT AUX COURSES OU UNE LIVRAISON DE COURSES A DOMICILE

C'EST 2 MODES D'INTERVENTION POSSIBLES :

Un service Prestataire

La personne aidée reçoit une prestation d'intervention, elle reste uniquement cliente du service.

INTERVENANTE = AIDE A DOMICILE
SALARIE ADAPAC

Un service Mandataire

La personne aidée devient employeur d'une intervenante mandatée par le service, elle est assistée dans ses démarches administratives et légales.

INTERVENANTE = EMPLOYEE DE
MAISON SALARIE DES USAGERS

PARTIE A COMPLETER (page 2 à 4)

ETAT CIVIL

NOM : _____ NOM JEUNE FILLE : _____
PRENOM (S) : _____
NATIONALITE : _____ N°DE SECURITE SOCIALE : _____
DATE DE NAISSANCE : __ / __ / ____ LIEU DE NAISSANCE : _____
DEPARTEMENT OU PAYS : _____
ADRESSE : _____

N° TEL 1 : __ / __ / __ / __ / __ N° TEL 2 : __ / __ / __ / __ / __ MAIL : _____
CARTE DE TRAVAIL OU DE RESIDENCE : N° _____ Validité : _____ (PHOTOCOPIE)
ETES-VOUS VACCINÉ(E) : Hépatite Tétanos BCG (CARTE VACCINATION OU CARNET DE SANTE
A JOINDRE) > EN CAS DE CARANCE LE NECESSAIRE DEVRA ETRE FAIT AVANT L'EMBAUCHE.

SITUATION DE FAMILLE

CELIBATAIRE MARIE(E) VIE MARITALE DIVORCE(E) VEUF(VE) SEPRE(E)
ENFANTS : NOMBRE : _____ Age scolaire oui non Si oui combien ? _____
(Ces renseignements nous seront utiles pour connaître vos droits conventionnels notamment concernant les congés payés)

ACTIVITE SALARIEE ACTUELLE

ETES-VOUS ACTUELLEMENT DEMANDEUR D'EMPLOI ? OUI Depuis le : NON
PERCEVEZ-VOUS UNE ALLOCATION CHÔMAGE ? OUI NON
AVEZ-VOUS UNE ACTIVITÉ SALARIÉE ? OUI NON
SI OUI, INDIQUEZ LE NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRE : -----
RECONNAISSANCE ATTRIBUEE PAR LA COMMISSION DES DROITS POUR L'AUTONOMIE DES
PERSONNES HANDICAPEES : RQTH AAH CARTE INVALIDITE
VICTIME ACCIDENT DE TRAVAIL, DE MALADIE PROFESSIONNELLE, INVALIDE PENSIONNE :
AT - MP INVALIDE PENSIONNE
Pour les AT-MP >> Taux IPP (minimum 10%) ----- %

DISPONIBILITE

AVEZ-VOUS LE PERMIS DE CONDUIRE ? OUI (joindre copie du permis) NON
AVEZ-VOUS UNE VOITURE ? OUI NON
SI NON, AUTRES MOYENS DE LOCOMOTION _____
A PARTIR DE QUAND ETES-VOUS DISPONIBLE ? _____
POUVEZ-VOUS TRAVAILLER : en temps complet en temps partiel nuit
SUR QUELLES COMMUNES POUVEZ-VOUS TRAVAILLER : ? _____

HORAIRE DE DISPONIBILITES : Vous êtes disponible toute la journée OUI NON
Si NON précisez vos disponibilités :

ACTIVITE SALARIEE ANTERIEURE OU STAGES

→ AVEZ-VOUS DÉJÀ OCCUPÉ UNE ACTIVITE SALARIEE AUPRES DE PERSONNES AGEES ET / OU HANDICAPEES – AIDE A LA PERSONNE ? OUI NON

SI OUI, NATURE DE L'ACTIVITE SALARIEE OU STAGES :	DUREE DE L'ACTIVITE

→ DANS VOTRE ENVIRONNEMENT PROCHE (FAMILLE, VOISIN,...), AVEZ-VOUS EU L'OCCASION D'AIDER UNE PERSONNE ÂGÉE OU HANDICAPÉE ?

OUI NON

→ AVEZ-VOUS DÉJÀ OCCUPÉ UNE ACTIVITE SALARIEE DANS L'ENTRETIEN DE LOCAUX ? OUI NON

SI OUI, NATURE DE L'ACTIVITE SALARIEE OU STAGES :	DUREE DE L'ACTIVITE

ACTIVITE(S) SALARIEE(S) EN DEHORS DE CES DOMAINES DE COMPETENCES ? OUI NON

Si OUI laquelle ou lesquelles.....

.....
.....
.....

VOS MOTIVATIONS / VOS REMARQUES

Veillez indiquer ici les motivations de votre demande d'inscription :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

