



Ce projet est cofinancé par le Fonds social européen dans le cadre du programme opérationnel national « Emploi et Inclusion » 2014-2020

Attestation sur l'honneur 3^{ème} période pour les travailleurs non-salariés

Faisant foi de Contrat d'Engagement Réciproque pour une durée de : **6 mois**

A compter du 1^{er} jour du mois suivant la validation de l'Equipe pluridisciplinaire

Organisme référent :

Identité du travailleur non salarié bénéficiaire du RSA :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N°allocataire :

Statut juridique de l'entreprise :

Nature de l'activité :

Date de création :

Forme juridique :

Entreprise en nom propre (EI, EURL)

Société (EURL, SARL, SAS...)

Régime fiscal :

Micro-entrepreneur

Réel

Salarié :

Oui

Non

Rappel du précédent contrat :

Démarches effectuées depuis le dernier contrat :

Oui

Non

Si non pourquoi :

Éléments chiffrés :

Chiffre d'affaires annuel (N-1) :

Résultat annuel (N-1) :

Soit revenu mensuel :

Objectifs chiffrés atteints depuis le dernier contrat :

Oui

Non

Si non pourquoi :

Pour valoriser vos revenus pensez à demander à la CAF la **Prime d'Activité (Art.L262-27-1*)**

J'atteste sur l'honneur les informations portées sur ce document.

Je reconnais avoir pris connaissance de la grille d'évaluation progressive des revenus des travailleurs non-salariés.

Je m'engage :

- **à mettre en œuvre les actions nécessaires au développement de mon autonomie financière :**
 - **à rencontrer mon référent à la date d'échéance de mon contrat, en cas de besoin avant notre rendez-vous ou pour tout changement de situation,**
 - **à réaliser à minima un chiffre d'affaires me permettant d'atteindre un revenu net de 559.74 € par mois pour la 3ème période,**
 -
 -
 -
- **dans l'hypothèse où je n'atteindrais pas ces objectifs à m'engager dans un parcours de pluriactivité :**
 - **m'inscrire auprès de Pôle Emploi en catégorie 1,**
 - **m'inscrire auprès des agences intérim,**
 - **ou tout autre dispositif (à préciser) :**
- **à déclarer auprès de tous les organismes le chiffre d'affaires réalisé.**

Lu et approuvé le,

Signature :

IMPORTANT : En l'absence de justificatifs, votre réponse ne sera pas validée et votre situation sera examinée en Equipe Pluridisciplinaire.

Date et tampon de l'Equipe Pluridisciplinaire :

**Signature du Président :
(ou de son représentant)**