

## Étude des droits à l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE)

*Pour les pertes d'emplois à compter du 1<sup>er</sup> avril 2025*

### AGENTS âgés de 55 ans et PLUS

#### L'EMPLOYEUR

NOM DE LA COLLECTIVITÉ .....

NOM DE L'EMPLOYEUR .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

N° DE TÉLÉPHONE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

N° DE TÉLÉCOPIE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NOM DE LA PERSONNE CHARGÉE  
DU DOSSIER .....

N° DE TÉLÉPHONE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ADRESSE MAIL .....

#### L'AGENT

☐ M ☐ MME

NOM DE NAISSANCE .....

NOM D'ÉPOUSE .....

PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### OBJET DE LA DEMANDE

- ☐ Ouverture des droits à indemnisation chômage (liée à la perte d'emploi)
- ☐ Estimation des droits à indemnisation chômage (antérieure à la perte d'emploi)

## L'EMPLOI DANS LA COLLECTIVITÉ

DATE DE RECRUTEMENT DANS LA COLLECTIVITÉ (CONTRACTUEL – APPRENTI)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

DATE DE STAGIAIRISATION DANS LA COLLECTIVITÉ OU DANS LA FONCTION PUBLIQUE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

DATE DE TITULARISATION (le cas échéant)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

GRADE DE L'AGENT

.....

STATUT DE L'AGENT

☐ STAGIAIRE    ☐ TITULAIRE    ☐ CONTRACTUEL DE DROIT PUBLIC : ☐ CDD    ☐ CDI  
☐ APPRENTI    ☐ CUI CAE PEC

TEMPS DE TRAVAIL

☐ TEMPS COMPLET    ☐ TEMPS PARTIEL (précisez la quotité).....%  
☐ TEMPS NON COMPLET ..... (précisez la DHS)

## FIN DE L'EMPLOI DANS LA COLLECTIVITÉ

❖ DATE DE LA PERTE EFFECTIVE D'EMPLOI

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

(sans rétroactivité)

Motifs :

- ☐ Fin de CDD – Non renouvellement du CDD
- ☐ Retraite pour invalidité (agent CNRACL)
- ☐ Rupture de CDD ou de CDI (licenciement)
- ☐ Révocation
- ☐ Non titularisation (précisez le motif) : .....
- ☐ Démission légitime    ☐ Démission NON légitime mais effets neutralisés par une reprise d'emploi (sous conditions)
- ☐ Rupture conventionnelle
- ☐ Licenciement (inaptitude physique, insuffisance professionnelle, disciplinaire)
- ☐ Maintien en disponibilité faute d'emploi vacant (sous conditions)
- ☐ Licenciement pour suppression d'emploi (fondée sur l'intérêt du service)

❖ DÉPART VOLONTAIRE DE L'AGENT

☐ OUI    ☐ NON

➤ **SI OUI** MOTIF DU DÉPART : .....

❖ ÉPUISEMENT DES CONGÉS ANNUELS

☐ OUI    ☐ NON

❖ INSCRIPTION COMME DEMANDEUR D'EMPLOI

☐ OUI    ☐ NON

➤ **SI OUI**, DATE D'INSCRIPTION

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

❖ L'AGENT EXERCE-T-IL UNE ACTIVITÉ réduite **CONSERVÉE**  
(activité réduite **conservée** : **exercée avant** la perte d'emploi)

☐ OUI    ☐ NON

❖ L'AGENT EXERCE-T-IL UNE ACTIVITÉ réduite **REPRISE**  
(activité réduite **reprise** : **exercée depuis** la perte d'emploi)

☐ OUI    ☐ NON

➤ **SI OUI**, joindre la copie des bulletins de salaire correspondants au calcul de jours indemnissables pour un mois considéré.

## SITUATION DE L'AGENT PENDANT LES 36 MOIS précédant la perte de son emploi

L'agent, **au cours des 36 mois** précédant sa perte d'emploi (*la fin effective des fonctions/ le dernier jour d'emploi*)

- ☐ a perçu des prestations en espèces de maladie, de maternité, accident du travail ou maladie professionnelle
- ☐ a bénéficié d'une pension d'invalidité CPAM : 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou de 3<sup>ème</sup> catégorie (*ou la demande d'attribution est en cours*)
- ☐ a assisté un adulte handicapé
- ☐ a accompli des obligations militaires
- ☐ a suivi un stage de formation professionnelle continue
- ☐ a fait l'objet d'une mesure d'incarcération
- ☐ a demandé et obtenu un congé pour élever un enfant
- ☐ a demandé et obtenu un congé pour la création d'une entreprise
- ☐ a demandé et obtenu un congé pour **disponibilité (de droit, pour convenances personnelles)**
- ☐ a assuré des missions électives, politiques ou syndicales exclusives d'un contrat de travail
- ☐ n'a pas été payé pendant  jours (*précisez le nombre de jours*)
- ☐ n'a pas reçu de rémunération normale (*maladie, maternité,....*) pendant  jours (*précisez le nombre de jours*)
- ☐ n'a appartenu à aucune entreprise pendant  jours (*précisez le nombre de jours*)

➤ les dates/Périodes :

Date du dernier jour d'emploi (*terme de la relation de travail*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### À noter :

**La rémunération brute** de l'agent s'entend **tous employeurs confondus** : il s'agit de l'ensemble des rémunérations entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale (*sont exclues les indemnités accessoires du traitement, les indemnités compensatrices de congés payés*).

**D'une façon générale**, sont prises en compte dans le salaire de référence les rémunérations qui, bien que perçues en dehors de l'une des périodes visées ci-dessus, néanmoins sont afférentes à cette période.

➤ **Sont EXCLUES** toutes sommes qui ne trouvent pas leur contrepartie dans **l'exécution normale des fonctions** (*toutes sommes qui ne trouvent pas leur contrepartie dans l'exécution normale du contrat de travail*) à savoir :

- en tout ou partie, dudit salaire, **les rémunérations perçues pendant ladite période**, mais qui n'y sont pas afférentes (*les indemnités de treizième mois, les gratifications perçues au cours de cette période*).
- **les indemnités de licenciement, les indemnités compensatrices de congés payés, indemnités journalières de Sécurité Sociale**

Le revenu de remplacement est calculé sur la base de la **rémunération habituelle** de l'agent :

Ainsi, **si dans la période de référence** sont comprises des périodes de la rémunération de maladie, de maternité ou d'une manière plus générale des périodes de suspension des fonctions n'ayant **pas donné lieu à une rémunération normale**, ces rémunérations **ne sont pas prises en compte** dans le salaire de référence.

➤ **En cas d'absence de rémunération ou de rémunération réduite** dans la période de référence, la dernière rémunération mensuelle est **restituée** sans les primes et indemnités en lien avec les fonctions versées habituellement.

## PIECES À FOURNIR

- ☐ Un tableau récapitulatif des arrêts maladie antérieurs **au cours des 36 mois de la période de référence calcul**
- ☐ Un état récapitulatif des services de l'agent **au cours des 36 derniers mois** précédant la date de la perte du dernier emploi ouvrant droit à l'allocation chômage (*tous employeurs confondus – publics et privés*)
- ☐ Copie de **tous les contrats de travail publics – privés** sur la période de 36 mois précédant la date de la perte du dernier emploi ouvrant droit à l'allocation chômage
- ☐ Copie de l'**attestation employeur destinée à France Travail** **obligatoirement remise** à l'intéressé(e) par la collectivité (*Article R.1234-9 du code du travail*)
- ☐ Copie de l'**attestation employeur destinée à France Travail** **obligatoirement remise** à l'intéressé(e) par les autres employeurs publics et/ou privés (*Article R.1234-9 du code du travail*)
- ☐ Copie des **36 derniers bulletins de paie précédant le terme de la période de référence calcul (la fin des fonctions)** (*rémunération habituelle et normale pour un mois entier*)
- ☐ La **notification de rejet de prise en charge** de l'allocation chômage par **France Travail** faisant suite à l'inscription de l'intéressé(e) à **France Travail**
- ☐ Copie de la notification d'attribution de la **pension d'invalidité** délivrée par la **CPAM** et le **montant NET**
- ☐ Copie de la notification d'attribution de la **retraite pour invalidité** délivrée par la **CNRA** et le **montant NET**
- ☐ Copie de la notification d'attribution de tout **autre avantage vieillesse** (Rente invalidité retraite) et le **montant NET**
- ☐ Copie de la **convention** de la **rupture conventionnelle** indiquant **le montant de l'indemnité de la rupture**
- ☐ Copie du **détail du calcul du montant** de l'indemnité de rupture conventionnelle indiquant **les minimum et maximum**
- ☐ Copie des **arrêtés** relatifs à la carrière de l'agent (*temps partiel, changement de durée hebdomadaire ...*)
- ☐ Copie de la **demande de réintégration** faisant suite à une disponibilité et du **courrier de réponse de la collectivité**
- ☐ Copie de l'**arrêté de radiation des cadres**
- ☐ Copie des **contrats de travail** relatifs à **l'activité conservée** exercée avant la perte d'emploi
- ☐ Copie des **bulletins de salaires** en cas **d'activité conservée** exercée avant la perte d'emploi
- ☐ Copie des **contrats de travail** relatifs à **l'activité reprise** exercée depuis la perte d'emploi
- ☐ Copie des **bulletins de salaires** en cas **d'activité reprise** exercée depuis la perte d'emploi

➤ **En cas de demande estimative des droits**, les documents relatifs à l'inscription comme demandeur d'emploi ne sont pas nécessaires

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Au moment de l'embauche** dans votre collectivité, l'agent bénéficiait d'une indemnisation chômage à la charge de France Travail ou d'un autre employeur public : ☐ OUI ☐ NON

➤ **SI OUI** : précisez le reliquat de ses droits à cette époque (*généralement apprécié en nombre de jours*) : .....  
et le montant de l'allocation chômage journalière ... ..... euros

Date de sa précédente rupture de contrat de travail (*celle concernant l'avant dernier employeur*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## AFFILIATION (Tous employeurs confondus – publics et privés)

- au moins **130 jours travaillés ou 910 heures travaillées** au cours des 36 mois qui précèdent la fin des fonctions (le dernier jour d'emploi)

Cette notion de jours travaillés ou heures travaillées ne doit **pas être confondue** avec la notion de travail effectif.

### À noter :

Le nombre de jours pris en compte pour la durée d'affiliation requise correspond au nombre de jours travaillés à raison :

- de cinq jours travaillés par semaine civile pour chaque période d'emploi égale à une semaine civile
- du nombre de jours travaillés par semaine civile lorsque la période d'emploi est inférieure à une semaine civile dans la limite de cinq jours travaillés
- un même jour travaillé au titre de plusieurs contrats de travail est décompté pour un seul jour travaillé
- **certaines périodes non travaillées et ne faisant l'objet ni d'une rémunération, ni d'une indemnisation, ne sont pas prises en compte au titre de la durée d'affiliation**

## POUR INFORMATION

Pour les personnes âgées de **55 ans et PLUS** (prise en compte de l'âge à la date effective de la perte involontaire d'emploi)

La durée d'indemnisation est égale au nombre de **jours calendaires** déterminés à compter du premier jour de la première période d'emploi incluse **dans la période de référence de 24 mois jusqu'au terme de cette période**.

- **Durée minimale** : ne peut pas être *inférieure* à **182 jours**

- **Durée maximale initiale de :**

- **Cas n°1 : 685 jours** pour les personnes âgées de **53 ans à 54 ans**
- **Cas n°2 : 822 jours** pour les personnes âgées de **55 ans et plus**

➤ La base de calcul de la durée maximale est de **913 jours (cas n°1) OU de 1095 jours (cas n°2) :**

**une modulation de 25 %** de la durée initiale d'indemnisation dans la limite de la durée des 913 jours **OU** de 1095 jours en fonction de la situation du marché du travail **est immédiatement appliquée**.

• **Un complément de fin de droits (CFD)** pourra être servi aux allocataires **arrivant en fin de droits** à indemnisation chômage (*reliquat de moins de 30 jours*) **en cas de dégradation de l'emploi et du marché du travail**. La durée d'indemnisation sera prolongée par un nombre de jours complémentaires calculé par rapport à la durée initialement acquise (**soit une durée maximale de 913 jours OU de 1095 jours**).

• **Un complément de fin de formation (CFF)** : pourra être servi aux allocataires **arrivant en fin de droits** à indemnisation chômage **quelle que soit la conjoncture économique**, qui suivent une formation d'une durée de 6 mois au plus dont la durée n'est pas achevée.

La formation doit répondre aux **critères suivants** :

- durée minimale de **6 mois**
- inscrite au projet personnalisé d'accès à l'emploi (**PPAE**)
- **qualifiante** (*au sens de l'article L. 6314-1 du code du travail*)

**La durée du CFF ne pourra excéder** ni le nombre de jours de formation restant, ni le nombre de jours de complément de fin de droits **soit une durée maximale de 913 jours OU de 1095 jours**. La possibilité de bénéficier d'une durée d'indemnisation plus long en cas de formation sera ouvert **à partir de 55 ans (à la date de fin de contrat de travail)** aux demandeurs d'emploi qui suivent une formation en cours d'indemnisation dans la limite de 137 jours supplémentaires d'indemnisation (soit une durée initiale de 182 jours à laquelle s'applique le coefficient de 0,75)

