

## À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

### ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR		CODE ÉTABLISSEMENT
ADRESSE		
TÉLÉPHONE	FAX	E-MAIL
PERSONNE À CONTACTER		

### AGENT

NOM	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN
MÉTIER	FONCTION	GRADE
<input type="checkbox"/> PÉRIODE DE PROFESSIONNALISATION <input type="checkbox"/> FORMATION CONTINUE <input type="checkbox"/> FORMATION DISCONTINUE		
INTITULÉ DE LA FORMATION		LIEU DE LA FORMATION

### ORGANISME

NOM DE L'ORGANISME	
N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ	N° DE SIRET

### ACTIONS DE FORMATION

#### MODALITÉS DE FINANCEMENT DES FORMATIONS PRÉVUES À LA CONVENTION ANFH / FIPHP

	TYPE DE FORMATION	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	NOMBRE DE JOURS	FRAIS DE MISSION (5)	FRAIS PÉDAGOGIQUES	FRAIS DE TRAITEMENT DE L'AGENT	TOTAL
FORMATIONS À DESTINATION DES AGENTS HANDICAPÉS (1) <small>(Cf. guide pratique p.04)</small>	Compensation du handicap					(2)	(6)	
	Reclassement ou reconversion					(3)	(7)	
FORMATIONS À DESTINATION DES AGENTS EN RELATION AVEC DES AGENTS HANDICAPÉS <small>(Cf. guide pratique p.04)</small>	Formation qualifiante ou diplômante spécifique au handicap					(3)	(4)	

#### FORAITS FIPHP

- (1) Attestation d'éligibilité à compléter
- (2) Prise en charge par le FIPHP de 385 euros/jour dans la limite de 10 jours
- (3) Prise en charge par le FIPHP de 10000 euros/an dans la limite de 3 ans
- (4) Pas de prise en charge par le FIPHP
- (5) Prise en charge par le FIPHP des frais de transport, hébergement, restauration sur la base des forfaits ANFH
- (6) Prise en charge de la totalité par le FIPHP dans la limite de 10 jours
- (7) Prise en charge par le FIPHP de 60% quelle que soit la durée de la formation de reconversion professionnelle

**Seul est possible le cofinancement de ces actions sur le 2,1% cotisé**

#### JOINDRE UN BULLETIN DE SALAIRE ET L'"ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR" SIGNÉE PAR LE DIRECTEUR

L'établissement atteste avoir pris connaissance des conditions de prise en charge financières des actions de formation visées, certifie l'exactitude des renseignements fournis et la conformité des documents joints.

LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

FAIT À

LE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT

## ATTESTATION D'ÉLIGIBILITÉ POUR LES FORMATIONS À DESTINATION DES AGENTS HANDICAPÉS

JE SOUSSIGNÉ

DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

ATTESTE DÉTENIR LES PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES D'ÉLIGIBILITÉ DE MONSIEUR, MADAME OU MADEMOISELLE

BÉNÉFICIAIRE DU FINANCEMENT DE L'ACTION DE FORMATION LIÉE À LA COMPENSATION DU HANDICAP OU DE L'ACTION DE FORMATION LIÉE AU RECLASSEMENT OU À LA RECONVERSION, CONFORMÉMENT AU DÉCRET N°2006-501 DU 3 MAI 2006 RELATIF AU FONDS POUR L'INSERTION DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA FONCTION PUBLIQUE.

L'ÉTABLISSEMENT TIEN À LA DISPOSITION DE L'ANFH, LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ATTESTANT DE L'APPARTENANCE DE L'AGENT À L'UNE DES CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES MENTIONNÉES CI-DESSOUS. EN CAS DE DÉFAUT DE PRÉSENTATION DE CES ÉLÉMENTS, L'ANFH EST TENU DE DEMANDER À L'EMPLOYEUR LE REMBOURSEMENT DU FINANCEMENT VERSÉ.

### LISTE DES BÉNÉFICIAIRES ÉLIGIBLES AU FINANCEMENT DES ACTIONS DE FORMATION

- Les travailleurs reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles ;
- Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égal à 10 p. 100 et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection obligatoire ;
- Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;
- Les agents qui ont été reclassés en application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, des articles 81 à 85 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou des articles 71 à 75 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ;
- Les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité en application de l'article 65 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 précitée, de l'article L. 417-8 du code des communes, du paragraphe III de l'article 119 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 précitée ou de l'article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 précitée.
- Tout agent ne possédant pas l'une de ces qualités mais ayant été reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par le comité médical et pour lequel un maintien dans l'emploi est proposé par le médecin du travail ou de prévention au moyen d'une adaptation du poste de travail.

FAIT À

LE

SIGNATURE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT