



WWW.ANFH.FR

**LE BILAN  
DE COMPÉTENCES (BC)**

DEMANDE DE  
PRISE EN CHARGE



# À LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE DE FINANCEMENT D'UN BILAN DE COMPÉTENCES

La demande de prise en charge est constituée de 3 volets :

**VOLET A** à remplir et à signer par l'agent.

**VOLET B** à remplir par l'organisme prestataire de Bilan de compétences choisi.

**VOLET C** « autorisation administrative d'absence » à remplir par l'établissement employeur lorsque le Bilan de compétences est réalisé sur le temps de travail.

## 2 PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR

Copie du dernier bulletin de salaire.

Document justifiant des 2 ans de services effectifs, consécutifs ou non dans la fonction publique hospitalière.

Les 3 volets, dûment remplis doivent parvenir à la délégation régionale ANFH chargée de l'instruction du dossier sous pli recommandé avec accusé de réception.

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter le conseiller en dispositifs individuels de votre délégation régionale ANFH.

[www.anfh.fr/le-bilan-de-competences](http://www.anfh.fr/le-bilan-de-competences)

Le Bilan de compétences a pour objectif de permettre aux agents d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel ou de formation.

Le Bilan de compétences est réalisé par un prestataire, habilité par l'ANFH.

Il est mis en œuvre, à l'initiative de l'agent sur son temps de travail, dans le cadre d'un congé spécifique : le congé pour Bilan de compétences.

Il peut également se dérouler en dehors du temps de travail. Dans ce cas, l'employeur n'est pas informé de la démarche et l'ANFH peut prendre en charge les frais pédagogiques et éventuellement les frais de déplacement.

Le Bilan de compétences est réalisé par un prestataire choisi par l'agent sur une liste établie par la délégation régionale ANFH (disponible sur ANFH.fr)



À COMPLÉTER PAR L'AGENT

# LE BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

## A 01 | IDENTITÉ (écrire en lettres capitales)

NOM	PRÉNOM	
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE		
CODE POSTAL	COMMUNE	
TÉL. PROFESSIONNEL	POSTE	TÉL. PERSONNEL
E-MAIL (merci de bien vouloir compléter cette rubrique)		
N° SÉCURITÉ SOCIALE	(10 premiers chiffres)	

## A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

DATE D'ENTRÉE DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE		
GRADE ACTUEL	FONCTION	SERVICE
AU MOMENT DU DÉMARRAGE DU BC (cocher la case) <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL	(%)	
ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR		
Durée des services effectifs dans la fonction publique hospitalière appréciée à ce jour	ANNÉE(S)	MOIS
Avez-vous déjà bénéficié d'un ou plusieurs Bilans de compétences avant cette demande ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
SI OUI, ORGANISME AYANT RÉALISÉ LA PRESTATION	DATE	DURÉE (en heures)

## A 03 | DEMANDE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

DU COÛT DE LA PRESTATION DE BILAN DE COMPÉTENCES

DES FRAIS DE TRANSPORT INHÉRENTS À LA RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES

(base de remboursement : transport en commun y compris en cas d'utilisation de son véhicule personnel)

- Copie du dernier bulletin de salaire
- Document justifiant les 2 ans de service effectifs, consécutifs ou non en qualité d'agent titulaire ou non titulaire de la fonction publique hospitalière

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur la présente demande. Toute fausse déclaration entraînera systématiquement la nullité de l'éventuelle décision de financement et impliquera le remboursement de toutes les sommes versées par l'ANFH. Je m'engage, en outre, à tenir l'ANFH informée de tous changements qui interviendraient dans le financement de ma formation, dans ma situation administrative et dans mon adresse.

**ATTENTION**  
Pièces à joindre  
obligatoirement au  
dossier

FAIT À	LE
SIGNATURE	

L'intéressé(e) a fourni librement ces informations. Il peut y accéder et les faire rectifier. L'ANFH s'engage à protéger contre toute divulgation n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation (art 27 et 29 – loi du 6/01/78 informatique et libertés).

# B



À COMPLÉTER PAR **L'ORGANISME PRESTATAIRE**

## LE BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

### B 01 | L'ORGANISME PRESTATAIRE

#### NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIE

E-MAIL

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

POSTE

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

N° DE SIRET

### B 02 | DESCRIPTIF DE LA PRESTATION

ADRESSE DE RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES

CODE POSTAL

COMMUNE

DURÉE **TOTALE** (en heures)

NOMBRE DE SÉANCES

CALENDRIER PRÉVISIONNEL (entretiens individuels, passages de tests, travaux de recherche et de documentation)

	DATE	HEURE DE DÉBUT	HEURE DE FIN	DURÉE
1 <sup>er</sup> SÉANCE				
2 <sup>e</sup> SÉANCE				
3 <sup>e</sup> SÉANCE				
4 <sup>e</sup> SÉANCE				
5 <sup>e</sup> SÉANCE				
6 <sup>e</sup> SÉANCE				
7 <sup>e</sup> SÉANCE				
8 <sup>e</sup> SÉANCE				
9 <sup>e</sup> SÉANCE				
10 <sup>e</sup> SÉANCE				

COÛT VALANT DEVIS

TARIF HORAIRE TTC\*

€/Heure

NOMBRE D'HEURES\*\*

COÛT TOTAL TTC

€

\* Tarif horaire applicable pour la durée totale du bilan. \*\* La facturation sera établie en fonction du nombre d'heures réellement réalisées et indiquées sur l'attestation de fréquentation effective, et ne pourra en aucune façon dépasser la durée indiquée.

## B03 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE

JE SOUSSIGNÉ(E)

Représentant légal de l'organisme de Bilan de compétences ci-dessus désigné certifié :

1 AVOIR REÇU

MME, Mlle, M.

LE (date de l'entretien/pré-bilan)

Afin de :

- faire le point avec l'agent sur ses souhaits d'évolution et de changement.
- l'informer des conditions de déroulement du Bilan de compétences, ainsi que des méthodes et technique, adaptées à ses besoins, qui seront mises en œuvre.
- définir avec l'agent, les modalités du déroulement en précisant les différentes étapes à accomplir par le prestataire et par l'agent ainsi que leur engagement réciproque.

2 RÉALISER UNE PRESTATION CONFORME AUX DISPOSITIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

3 REMETTRE, AU TERME DU BILAN DE COMPÉTENCES, L'ATTESTATION DE FRÉQUENTATION EFFECTIVE

FAIT À

LE

NOM DU SIGNATAIRE

**CACHET DE L'ORGANISME**

**SIGNATURE**



À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

# LE BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

### C01 | L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

#### NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

DOSSIER SUIVI PAR

FONCTION

TÉLÉPHONE

POSTE

FAX

E-MAIL

### C02 | AUTORISE L'AGENT

NOM

PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

GRADE

FONCTION

SERVICE\*

STATUT

VILLE D'ACTIVITÉ SI DIFFÉRENTE DE C01

\* Total de la durée des services effectifs effectués par l'agent

### C03 | À S'ABSENTER POUR SUIVRE UN BILAN DE COMPÉTENCES

DANS LA PÉRIODE COMPRISE ENTRE LE

ET LE

POUR UNE DURÉE TOTALE DE

heures, suivant le calendrier B02

Toute modification du calendrier, dans la limite de la durée prévue, devra être portée à la connaissance de l'employeur directement par le bénéficiaire du Bilan de compétences

### C04 | ET DEMANDE, SOUS RÉSERVE DE LA RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES, LE REMBOURSEMENT DU SALAIRE DE L'AGENT SUR LA BASE D'UN COÛT HORAIRE\*

SALAIRE HORAIRE TTC\*

€

x NOMBRE D'HEURES\*\*

= COÛT TTC

€

\* Traitement, primes et indemnités y compris les indemnités à caractère familial, charges URSSAF, CNRACL, IRCANTEC.

\*\* La facturation sera établie sur le nombre d'heures réellement réalisées et ne pourra en aucune façon dépasser la durée indiquée.

### C05 | DÉCLARE ÊTRE INFORMÉ DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RÉSULTATS DU BILAN DE COMPÉTENCES QUI SONT LA PROPRIÉTÉ EXCLUSIVE DE L'AGENT

■ Certifie que l'établissement est à jour dans le versement de sa contribution 0,2 % CFP – BC – VAE.

■ Certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document.

FAIT À

LE

SIGNATURE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

Empty box for signature of the agent.

Empty box for stamp of the establishment.