Anfh Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

L'ANFH Alpes devra recevoir le dossier en RAR

3 semaines minimum

AVANT le début de l'accompagnement

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

A
À COMPLÉTER PAR **L'AGENT**

A01 | IDENTITÉ (écrire en lettres capitales)

NOM PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TÉL. PROFESSIONNEL POSTE TÉL. PERSONNEL

Obligatoire

E-MAIL (merci de bien vouloir compléter cette rubrique)

Obligatoire

A02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

GRADE ACTUEL MÉTIER

AU MOMENT DU DÉMARRAGE DU BC (cocher la case) ☐ TEMPS PLEIN ☐ TEMPS PARTIEL (%)

STATUT (cocher la case) ☐ TITULAIRE ☐ STAGIAIRE ☐ CONTRACTUEL(LE) si CDD, la prestation de doit pas aller au-delà de la fin du contrat en cours

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 ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, ORGANISME AYANT RÉALISÉ LA PRESTATION	DATE	DURÉE (en heures)

A03 | DEMANDE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE voir les modalités territoriales de prise en charge

☐ 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) Noter le nombre de séances concernées

Le BC se réalisera (cocher la case)

☐ SUR TEMPS DE TRAVAIL (FAIRE COMPLÉTER LE VOLET C PAR L'EMPLOYEUR)

☐ HORS TEMPS DE TRAVAIL (NE PAS FAIRE REMPLIR LE VOLET C PAR L'EMPLOYEUR)

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

ATTENTION
Pièces à joindre obligatoirement au dossier

A04 | CATÉGORIES D'AGENTS OUVRANT DROIT À DES AJUSTEMENTS

(Article L. 422-3 du code général de la fonction publique ciblé par le décret du 22 juillet 2022)

Les catégories d'agents faisant partie de l'Article L. 422-3 du code général de la fonction publique ciblé par le décret du 22 juillet 2022 peuvent bénéficier tous les 3 ans d'un BC pouvant aller jusqu'à 72 heures.	**Justificatif afférent à fournir**
☐ agents appartenant à un corps ou à un cadre d'emplois de catégorie C ou agent contractuel qui occupe un emploi de niveau de catégorie C, et qui n'a pas atteint un niveau de formation sanctionné par un diplôme ou un titre professionnel correspondant à un niveau IV (infra bac)	Attestation sur l'honneur
☐ agents publics en situation de handicap mentionnés à l'article L. 131-8 CGFP (publics bénéficiant de l'obligation d'emploi instituée par l'article L. 5212-2 du code du travail)	Justificatif RQTH
☐ agents pour lesquels il est constaté, après avis du médecin du travail compétent, qu'ils sont particulièrement exposés, compte tenu de leur situation professionnelle individuelle, à un risque d'usure professionnelle	Attestation du médecin du travail

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.

FAIT À ..... **LE** .....

SIGNATURE

Les informations collectées par l'ANFH directement auprès de vous via ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre dossier BC. L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement ou 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.
Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.
Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email protectiondesdonnees@anfh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.
Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. (www.cnil.fr)

Joindre obligatoirement au dossier :

- Attestation d'ancienneté de 2 ans minimum dans la Fonction Publique Hospitalière
- Copie du dernier bulletin de salaire
- Certificat Qualiopi de l'organisme

Anfh
Association nationale
pour la formation permanente
du personnel hospitalier

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

B
À COMPLÉTER PAR **L'ORGANISME PRESTATAIRE**

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
1E SÉANCE				
2E SÉANCE				
3E SÉANCE				
4E SÉANCE				
5E SÉANCE				
6E SÉANCE				
7E SÉANCE				
8E SÉANCE				
9E SÉANCE				
10E SÉANCE				
11E SÉANCE				
12E SÉANCE				

Distanciel (D) ou Présentiel (P) à préciser obligatoirement

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.

B 03 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE

JE SOUSSIGNÉ(E)

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

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

SIGNATURE

CACHET DE L'ORGANISME

Les informations collectées par l'ANFH directement auprès de vous via ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre dossier BC. L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement ou 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.
Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.
Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email protectiondesdonnees@anfh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.
Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. (www.cnil.fr)

Joindre un certificat Qualiopi

Anfh
Association nationale
pour la formation permanente
du personnel hospitalier

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

C

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

À compléter uniquement si le bilan de compétences se déroule sur le temps de travail

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.

TAUX CHARGE PATRONALE TRANSPORT (pour les titulaires, stagiaires et contractuels) %

TAUX CHARGE PATRONALE ACCIDENT DE TRAVAIL (uniquement pour les contractuels) %

ATTENTION JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU DERNIER BULLETIN DE SALAIRE

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**

Les informations collectées par l'ANFH via ce formulaire, avec votre consentement et sur la base de votre contrat de travail, font l'objet d'un traitement de données dans le cadre de la gestion des dossiers BC. L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser le dossier. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'instruire le dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement ou 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.
Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.
Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email protectiondesdonnees@anfh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.
Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).
NB : L'établissement employeur s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute règlementation applicable dans le cadre de la protection des données.