

**APPEL A PROJET FAR « FONDS D'ACCOMPAGNEMENT REGIONAL »
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR**

Si vous répondez aux critères d'éligibilité ci-après, vous pouvez solliciter notre fonds complémentaire en décrivant vos besoins ponctuels pour financer plus de formations sur votre plan de formation 2021.

ÉLIGIBILITE DE L'APPEL A PROJET

- Avoir transmis son plan de formation de l'année 2021
- Avoir un bilan financier de l'année N-1 du taux de traitement inférieur à 35% hors EP (moyenne nationale)
- Priorités :
 - 1) Aux établissements de moins de 2 000 agents
 - 2) Puis aux projets co-construits multi établissements (ex : par territoire, GHT, secteur, typologie d'Ets, ...)

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR :

CODE ETABLISSEMENT : STATUT : Sanitaire Social Médico-Social

Personne à contacter : Fonction :

Téléphone : E-Mail :

PROJET

INTITULE DE LA FORMATION :

FORMATION INDIVIDUELLE

NOM AGENT : PRENOM : GRADE :

MOBILISATION DU CPF : OUI Nombre d'heures mobilisées : NON**FORMATION COLLECTIVE** : nombre d'agents formés : Agent(s) de catégorie C Agent(s) de catégorie B Agent(s) de catégorie A Groupe mixteMOBILISATION DU CPF : OUI Nombre d'heures mobilisées : NON**LE PROJET REpond A UN BESOIN :**

- d'expérimentation ou d'innovation par son contenu
- de nouvelles modalités d'apprentissage, adaptée à un public, à une organisation
- d'insuffisance financière pour la mise en œuvre du plan validé en CTE
- Autres :

LA THEMATIQUE CIBLEE PAR LE PROJET :

- Montée en compétences par le biais d'une formation diplômante
- Formation spécifique au projet d'établissement
- Maintien dans l'emploi ou Seconde partie de carrière
- En lien avec la qualité de vie au travail
- En lien avec le développement durable
- Autres :



ORGANISME

ORGANISME..... LIEU DE LA FORMATION :.....
NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :
ORGANISME DATADOCKE : OUI Si NON, ODPC : OUI
DATE DE DEBUT DE FORMATION DATE DE FIN DE FORMATION :.....
NOMBRE DE JOURS DE FORMATION :

FINANCEMENT

| COUT | PEDAGOGIE | TRAITEMENT | DEPLACEMENT/HEBERGEMENT | TOTAL |
|------|-----------|------------|-------------------------|-------|
| 2021 | | | | |
| 2022 | | | | |
| 2023 | | | | |
| 2024 | | | | |

FINANCEMENT DU PROJET : % sur le plan 83% et % sollicité sur le fonds complémentaire de l'ANFH

A TRANSMETTRE

- ➔ Convention de formation ou devis
- ➔ Programme de la formation
- ➔ Bulletin de salaire si formation individuelle

RAPPEL DE PRISE EN CHARGE :

- ➔ Les modalités de prise en charge seront étudiées par les instances selon les besoins exprimés par les établissements
- ➔ Suivi par Séverine Rivière : s.riviere@anfh.fr

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

Le Directeur de l'établissement
Fait à :..... Le:
Cachet de l'établissement et signature

DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS

1^{er} recensement : 19 février 2021

2^{ème} recensement : 14 mai 2021