

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 2023.

ÉLIGIBILITE DE L'APPEL A PROJET

- Avoir transmis son plan de formation de l'année 2023 montrant un engagement prévisionnel de 75% minimum
- Avoir un bilan financier de l'année N-1 du taux de traitement inférieur à 35% (hors EP et apprentissage)
- Priorités :
 - 1) Aux établissements de moins de 1 000 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 mixte

MOBILISATION 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, adaptées 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 QUALIOP : OUI Si NON, ODPC : OUI

DATE DE DEBUT DE FORMATION..... DATE DE FIN DE FORMATION :.....

NOMBRE DE JOURS/HEURES DE FORMATION :

FINANCEMENT

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2024				
2025				
2026				
2027				

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@anf.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

Pour les établissements de – 1000 agents : accord au fil de l'eau selon disponible financier

Pour les projets multi-établissements et établissements de + 1 000 agents :

1^{er} recensement : 24 octobre 2023

2^{ème} recensement : 23 février 2024