

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

A

À COMPLÉTER PAR L'AGENT

A 01 | IDENTITÉ (ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES)

NOM	PRÉNOM
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
EMAIL	
TEL. PRO / POSTE	TEL. PERSO

A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR	
GRADE	MÉTIER
STATUT (cocher la case) <input type="checkbox"/> TITULAIRE <input type="checkbox"/> STAGIAIRE <input type="checkbox"/> CONTRACTUEL(LE) si CDD, la prestation de doit pas aller au-delà de la fin du contrat en cours	

A 04 | DIPLÔME, TITRE OU CERTIFICAT VISÉ

INTITULÉ			
VOUS SOUHAITEZ OBTENIR UN FINANCEMENT POUR :	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	DURÉE
<input type="checkbox"/> Accompagnement de 24 h (congé VAE), remplir formulaire C			
<input type="checkbox"/> Formation facultative (antérieure au passage devant le jury), remplir formulaire Cbis			

A 05 | RECEVABILITÉ DU LIVRET 1

RECEVABLE EN ATTENTE DE LA NOTIFICATION DE RECEVABILITÉ (date probable de réception de la notification)

A 06 | FRAIS DE TRANSPORTS, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION

Le droit est ouvert lorsque la formation se déroule hors de la commune du lieu de travail ou hors de celle de la résidence familiale (une commune = une agglomération). **La prise en charge de ces frais n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial. Consulter les modalités de prise en charge de votre territoire.**

ACCOMPAGNEMENT

LIEU DE DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE
NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE	
<input type="checkbox"/> SNCF (2 ^e CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF	€
<input type="checkbox"/> VÉHICULE PERSONNEL : NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR*	km
* Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 ^e classe	
NOMBRE DE REPAS**	COÛT DU REPAS
	€
** Plafonné selon la réglementation en vigueur	

ATTENTION
SI VOUS NE RÉMPLISSEZ PAS LES RUBRIQUES **A06 ET A07**, IL SERA CONSIDÉRÉ QUE VOUS NE SOLICITEZ AUCUNE PRISE EN CHARGE DE CES FRAIS

CADRE RÉSERVÉ

FORMATION FACULTATIVE (pour les seuls diplômés du secteur sanitaire et social)**CADRE RÉSERVÉ**

LIEU DE DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE	
NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE		
<input type="checkbox"/> SNCF (2 ^e CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF		€
<input type="checkbox"/> VÉHICULE PERSONNEL : NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR*		km
* Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 ^e classe		
NOMBRE DE NUITÉES**	COÛT DE LA NUITÉE	€
** En cas de double résidence et plafonnée selon la réglementation en vigueur		
NOMBRE DE REPAS***	COÛT DU REPAS	€
*** Plafonné selon la réglementation en vigueur		

REMARQUE IMPORTANTE Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de souscrire une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur.

A 07 | FRAIS ANNEXES - selon modalités territoriales de prise en charge - FOURNIR UN DEVIS

<input type="checkbox"/> FRAIS DE DOSSIER	€	<input type="checkbox"/> DROITS UNIVERSITAIRES	€	<input type="checkbox"/> FRAIS DE JURY	€
<input type="checkbox"/> TIMBRES FISCAUX	€	<input type="checkbox"/> AUTRES (préciser)			€

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	

ATTENTION
JOINDRE UNE
COPIE DU
DERNIER
BULLETIN DE
SALAIRE
ET UNE COPIE DE
LA NOTIFICATION
DE RECEVABILITÉ.

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). 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 et 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 pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. 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 du DPD protectiondesdonnees@anhf.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).

AUTORISATION D'ABSENCE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

B

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Vous autorisez l'agent à s'absenter pour mener une démarche VAE. Toutes les informations demandées sont indispensables pour instruire le dossier. L'ANFH vous informera de la décision de prise en charge financière.

B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TÉLÉPHONE TÉLÉCOPIE

EMAIL TÉLÉPHONE POSTE

DOSSIER SUIVI PAR

B 02 | AUTORISE LE SALARIÉ

NOM PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

VILLE D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ (si différente de B01)

STATUT (cocher la case) TITULAIRE STAGIAIRE CONTRACTUEL

B 03 | À S'ABSENER POUR SUIVRE LA VAE COMME DÉFINI CI-DESSOUS

OBJET DE L'ABSENCE :	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	DURÉE TOTALE (heures)
<input type="checkbox"/> Accompagnement 24h / congé VAE			
<input type="checkbox"/> Formation facultative (antérieure au passage devant le jury)			

B 04 | CERTIFIÉ

Que cette demande n'est pas prise en charge dans le cadre du plan de formation de l'établissement au motif suivant :

.....

.....

B 04 | ET DEMANDE, SOUS RÉSERVE DE LA RÉALISATION LA VAE, 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

B 05 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

- Certifie que l'établissement est à jour dans le versement de sa contribution du 0,2% ;
- Certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document ;

FAIT À	LE	NOM DU SIGNATAIRE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT		SIGNATURE
		

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). 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 et 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 pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. 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 du DPD 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 réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Accompagnement 24h / congé VAE

VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

C

À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME D'ACCOMPAGNEMENT

Pour pouvoir être financée la formation doit être dispensée par un organisme datadocké ou certifié Qualiopi.

Ce dossier constitue une demande de financement et non une inscription officielle dans votre organisme.
Merci de remplir ce dossier avec précision.

ATTENTION

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE
CERTIFICAT EN CAS DE
CERTIFICATION QUALIOPi

C01 | IDENTITÉ DE L'ORGANISME

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

STATUT JURIDIQUE

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

N° DE SIRET

L'ORGANISME EST :

RÉFÉRENCÉ DATADOCK Date de validation Datadock :

CERTIFIÉ QUALIOPi Certificateur ou instance de labellisation : Numéro du certificat :

Date de début de validité de certification :

date de fin :

C02 | DESCRIPTIF DE LA PRESTATION

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR

INTITULÉ DE LA CERTIFICATION VISÉE

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE (HEURES)

NOMBRE DE SÉANCES

LIEU DE L'ACCOMPAGNEMENT

C03 | COÛT VALANT DEVIS

Votre organisme est-il assujéti à la TVA? OUI NON

TARIF HORAIRE TTC *

€ COÛT TOTAL TTC

€

* Tarif horaire applicable pour la durée de la prestation

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.

C04 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE

Le signataire atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document, et s'engage :

- à fournir, mensuellement et en fin d'accompagnement, les attestations de présence en trois exemplaires : l'une au bénéficiaire, la seconde à l'établissement, et la troisième à l'ANFH,
- sur le montant ferme et définitif du coût de la formation défini ci-dessus,
- et à conclure avec l'agent la convention de prestation en conformité avec les éléments de coûts et de durée indiqués ci-dessus.

J'atteste la sincérité des renseignements portés sur le présent document.

FAIT À _____ LE _____
NOM _____ QUALITÉ DU SIGNATAIRE _____

SIGNATURE

CACHET DE L'ORGANISME

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). 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 et 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 pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. 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 du DPD protectiondesdonnees@anhf.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'organisme de formation 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 réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

CALENDRIER DES COMMISSIONS DES DISPOSITIFS INDIVIDUELS 2023

CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE - CFP

Votre formation débute entre	Date limite de dépôt du dossier (cachet de la poste faisant foi)	La décision vous sera communiquée le
1er juillet au 20 septembre 2023	10 mai 2023	30 juin 2023
25 septembre au 26 novembre 2023	10 aout 2023	22 septembre 2023
29 novembre 2023 au 31 mars 2024	17 octobre 2023	30 novembre 2023

ETUDES PROMOTIONNELLES

Début formation	Date limite de dépôt du dossier (cachet de la poste faisant foi)	Votre dossier sera examiné à la commission du
Rentrée scolaire 2ème semestre 2023	10 mai 2023	30 juin 2023
Rentrée scolaire 1er semestre 2024	17 octobre 2023	28 novembre 2023

Bilans de Compétences et VAE

Les dossiers de Bilan de Compétences et VAE peuvent être envoyés au fil de l'eau tout au long de l'année. Ils doivent être adressés par courrier en RAR au moins un mois avant le début du Bilan ou de l'accompagnement VAE.

Contact : Maïka OULD YAOU - Conseillère en Dispositifs Individuels - 05 53 35 01 70 - m.ould-yaou@anf.fr

REUNIONS D'INFORMATIONS

L'ANFH propose 3 réunions d'informations collectives dans ses locaux qui seront un temps d'échanges.

Elles ont pour objectifs de vous accompagner à entreprendre toutes les démarches liées au Congé de Formation Professionnelle et de répondre à vos questions.

Elles concernent tous les agents titulaires ou contractuels, qu'ils aient déjà ou non le dossier de financement.

Ces réunions sont facultatives et se dérouleront sur votre temps personnel.

Les frais de déplacement pourront être pris en charge **sous conditions**. L'inscription à ces réunions est **OBLIGATOIRE** (places limitées) par email à l'adresse ci-dessous : m.ould-yaou@anf.fr

Dans nos locaux :

232 avenue du Haut Lévêque

33615 Pessac

Vendredi 31 mars à 9h30

Vendredi 22 septembre à 9 h30

Mercredi 22 novembre à 9 h30

