



Association nationale
pour la formation permanente
du personnel hospitalier

DISPOSITIFS INDIVIDUELS

Validation des acquis et de l'expérience (VAE)

DEMANDE DE
PRISE EN
CHARGE

À LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE DE FINANCEMENT D'UNE VAE

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

VOLET A à remplir et à signer par l'agent. Il faut y joindre la notification de recevabilité délivrée par l'organisme certificateur et la copie du dernier bulletin de salaire.

VOLET B à remplir par l'établissement employeur.

VOLET C / CBIS à remplir par l'organisme prestataire (accompagnement à la démarche VAE ou formation avant jury).

Le volet C est à compléter par l'organisme d'accompagnement pour solliciter une prise en charge financière d'un accompagnement méthodologique de 24h maximum pour constituer le livret 2.

Le volet C bis est à remplir par l'organisme dispensant la formation (pour certains diplômes).

Tous les renseignements demandés dans le dossier sont indispensables pour instruire la demande de financement.

Un dossier incomplet sera rejeté par le Comité Territorial (CT).

Les 3 volets, dûment remplis doivent parvenir à la délégation territoriale 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 territoriale ANFH.

www.anfh.fr/la-validation-des-acquis-de-l-experience-vae

La VAE permet à un agent de faire reconnaître son expérience (professionnelle ou non) afin d'obtenir tout ou partie d'un diplôme, d'un titre ou d'un certificat professionnel. À l'instar de la formation initiale et de la formation continue, la VAE est une voie d'accès aux certifications reconnues.

Les livrets 1 et 2, qui servent à prouver les compétences et connaissances acquises par l'expérience, demandent un travail important.

Un accompagnement méthodologique peut être financé par l'ANFH et faire l'objet d'une autorisation d'absence, le congé VAE. la durée de ce congé peut aller jusqu'à 24 heures.

Pour les agents ciblés par le décret du 22 juillet 2022, il peut durer jusqu'à 72 heures.

Pour que la prestation soit financée, le prestataire devra être inscrit sur la liste publique des organismes de formation et être certifié Qualiopi pour les prestations VAE. Le justification Qualiopi précisant typologie VAE devra être fourni.

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) ☐ TITULAIRE ☐ STAGIAIRE ☐ 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
☐ Accompagnement de 24 h (congé VAE), remplir formulaire C			
☐ 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.**

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

ACCOMPAGNEMENT

LIEU DE DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE
NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE	
☐ SNCF (2 ^e CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF	€
☐ 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	

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		
☐ SNCF (2 ^E CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF		€
☐ 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.		

A07 FRAIS ANNEXES - selon modalités territoriales de prise en charge - FOURNIR UN DEVIS			
☐ FRAIS DE DOSSIER	€	☐ DROITS UNIVERSITAIRES	€
☐ FRAIS DE JURY	€	☐ AUTRES (préciser)	€
☐ TIMBRES FISCAUX	€		

A08 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 d'un congé VAE pouvant aller jusqu'à 72 heures.	
☐ 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)	Justificatif afférent à fournir 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.		ATTENTION JOINDRE UNE COPIE DU DERNIER BULLETIN DE SALAIRE ET UNE COPIE DE LA NOTIFICATION DE RECEVABILITÉ.
FAIT À	LE	
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@anh.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'ABSENTER POUR SUIVRE LA VAE COMME DÉFINI CI-DESSOUS

OBJET DE L'ABSENCE :	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	DURÉE TOTALE (heures)
☐ Accompagnement 24 h / congé VAE			
☐ Formation facultative (antérieure au passage devant le jury)			

B 04 | CERTIFIE

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@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'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)

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@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'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.