



Anfh 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 la prise en charge financière d'un accompagnement méthodologique de 24h pour constituer le livret 2.

Le volet Cbis est à remplir par l'organisme dispensant la formation (pour certains diplômés).

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

Un dossier incomplet sera rejeté par le Comité de gestion régional (CGR).

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

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

Le dossier est à renvoyer en RAR 3 semaines minimum
AVANT le début de l'accompagnement

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
N° SÉCURITÉ SOCIALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (10 premiers chiffres)	
EMAIL	
TEL. PRO / POSTE	TEL. PERSO

A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR	
GRADE	FONCTION
SERVICE	

A 03 | DIPLÔMES OBTENUS

	SPÉCIALITÉ		SPÉCIALITÉ
I DEA - DESS - MASTER - DOCTORAT - INGÉNIEUR		IV BP - BAC - BT	
II LICENCE - MASTER I		V BEP - CAP - CFPA	
III BTS - DUT - DEUG		VI FIN DE SCOLARITÉ	
		INTITULÉ DU (DES) DIPLÔMES OBTENUS	

Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social

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)

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

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

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 vous faire établir un ordre de mission à la direction de votre établissement, précisant les périodes de déplacement et une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur (cf art. 33 du décret n°92-566 du 25/02/92).

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.

CADRE RÉSERVÉ

CADRE RÉSERVÉ

A 07 | FRAIS ANNEXES

FRAIS DE DOSSIER € DROITS UNIVERSITAIRES € FRAIS DE JURY €

TIMBRES FISCAUX € 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.

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

GRADE

FONCTION

SERVICE

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 24h / 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 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 ;
- certifie que l'agent est éligible au(x) dispositif(s) sollicité(s) et s'engage à faire connaître à l'ANFH toutes modifications dans sa situation (congé maladie, longue maladie, mi-temps thérapeutique...).

FAIT À

LE

NOM DU SIGNATAIRE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Accompagnement 24h / congé VAE

VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

C

À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME D'ACCOMPAGNEMENT

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

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

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 |

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

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Formation facultative

VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE) UNIQUEMENT pour les
diplômes Aide-Soignant et
Auxiliaire-Puériculture

Cbis

À COMPLÉTER PAR **L'ORGANISME DE FORMATION**

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

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

C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR

INTITULÉ DE LA FORMATION

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE (HEURES)

LIEU DE LA FORMATION

FORMATION EN CONTINU FORMATION EN DISCONTINU

CALENDRIER DE LA FORMATION (en jours)

MOIS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
20__												
20__												

Le demandeur aura-t-il la possibilité de prendre ses repas dans un restaurant administratif ou universitaire? OUI NON

C03 | COÛT VALANT DEVIS

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

COÛT TOTAL TTC

€

C04 |

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