

## Dossier de demande de financement : ACCOMPAGNEMENT A LA REPRISE DU TRAVAIL OU PRISE DE POSTE

Cadre réservé à OETH	
Date de réception :	_____
N° établissement :	_____
N° dossier :	_____
N° Association :	_____
Date CPA :	_____

EMPLOYEUR	Cadre réservé à OETH
Association gestionnaire : _____	Année d'adhésion : _____
Etablissement : _____	Effectif d'assujettissement : _____
Adresse : _____	Taux d'obligation moyen : _____
Code postal : _____ Ville : _____	Nbre d'handicapés : _____
N° de SIRET : _____	CDI : _____
Personne à contacter : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	CDD : _____
Nom : _____ Prénom : _____	Financements perçus depuis 2006 : _____
Fonction : _____	Financements RTH depuis 2001 : _____
E-mail : _____	
Tél. : _____	
Fax : _____	

SALARIÉ HANDICAPÉ	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	
Nom marital : _____	Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____	Date de naissance : _____
Qualification : _____	
<b>Qualité de bénéficiaire du statut de la personne handicapée :</b>	
Date de validité, du : _____ au : _____	
<input type="checkbox"/> Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)	<input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension d'invalidité
↳ <input type="checkbox"/> Prime déjà obtenue (cf. mesure Première RQTH)	<input type="checkbox"/> Pensionné de guerre ou assimilé
<input type="checkbox"/> Allocation adulte handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/> Notification CDES
<input type="checkbox"/> Carte d'invalidité	
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle (IPP minimum 10%)	
<b>NATURE DU CONTRAT DE TRAVAIL</b>	
<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CAE <input type="checkbox"/> CAV <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation <input type="checkbox"/> Autre	
Date d'embauche ou durée le/du : _____	au : _____
Temps de travail hebdomadaire : _____	



## 2/ EXERCICE DE LA FONCTION D'ACCOMPAGNANT DU TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

- Descriptif de l'accompagnement (*peut être formulé sur papier libre*)

---



---



---



---

- Evaluation du nombre d'heures d'accompagnement sur 12 mois :  heures :

**Coûts prévisionnels :**

Salaire chargé de l'Accompagnant	
----------------------------------	--

OU

Coût de la prestation externe	
-------------------------------	--

Nom de l'organisme	
--------------------	--

### PIÈCES À FOURNIR

Formation de l'Accompagnant	Exercice de la fonction
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le justificatif du statut de bénéficiaire de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005</li> <li>• Le contrat de travail de la personne handicapée</li> <li>• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)</li> <li>• Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel (avec nom du bénéficiaire et objet de la demande)</li> <li>• L'avis explicite du médecin du travail sur les modalités de l'accompagnement et le nombre d'heures nécessaires (papier libre)</li> <li>• Signature du salarié</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devis de l'organisme de formation</li> <li>• Contrat de travail et fiche de salaire de moins de 3 mois de l'Accompagnant</li> <li>• Tableau des coûts annexes (voir ci-dessous)</li> <li>• Un relevé d'identité bancaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cas où l'Accompagnant est salarié de l'établissement :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrat de travail et fiche de salaire de moins de 3 mois de l'accompagnant</li> </ul> </li> <li>• Dans le cas d'une prestation externe :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Devis du prestataire</li> </ul> </li> <li>• Un relevé d'identité bancaire</li> </ul>

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et qualité du signataire \_\_\_\_\_

Signature du salarié

Signature et  
cachet de l'établissement

<b>Cadre réservé à OETH</b>	
<b>1 – FORMATION DE L'ACCOMPAGNEMENT</b>	<b>MONTANT ACCORDÉ</b>
Frais pédagogiques	
Salaire chargé	
Frais annexes (hébergement/repas/déplacement)	
<b>2 – EXERCICE DE LA FONCTION</b>	
Salaire de l'Accompagnant	
OU	
Prestation externe	
<b>TOTAL</b>	

**Dossier complet à retourner à :**  
**Association OETH**  
**47, rue Eugène Oudiné – 75013 PARIS**  
**Tél : 01 40 60 58 58 – Fax : 01 40 60 58 64**

**Le dossier ne sera recevable que s'il est complet, daté et signé.**

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_

### Les membres du :

CE ou

CHSCT ou

DP

Donnent un avis favorable à :

_____
_____
_____
_____

### Nom et qualité des signataires :

_____
_____
Signature

_____
_____
Signature

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_