

## Dossier de demande de financement : AMENAGEMENT DE POSTE DE TRAVAIL

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

SALARIÉ						
<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>						
<b>Date de validité, du :</b> _____	<b>au :</b> _____					
<input type="checkbox"/> Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) ↳ <input type="checkbox"/> Prime déjà obtenue (cf. mesure Première RQTH)	<input type="checkbox"/> Titulaire d'une rente d'accident du travail/ maladie Professionnelle (IPP mini 10%)					
<input type="checkbox"/> Allocation adulte handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension d'invalidité					
<input type="checkbox"/> Carte d'invalidité	<input type="checkbox"/> Pensionné de guerre ou assimilé					
	<input type="checkbox"/> Notification CDES					
<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"/> AP	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> AUTRES
Date d'embauche ou durée	le/du : _____	au : _____				
Temps de travail hebdomadaire :	_____					



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

## **PIÈCES A FOURNIR**

- Le justificatif de statut de bénéficiaire de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005
- L'exposé de la demande (voir ci-dessus)
- Deux devis comparatifs concernant le même matériel mais provenant de fournisseurs différents excepté pour les interfaces de communication (interprétariat LSF), un seul devis.
- Un tableau récapitulatif des coûts annexes pour les interfaces de communication (transport/repas)
- L'avis du salarié sur le choix de l'aménagement. Si l'essai est impossible, l'employeur doit en signaler les motifs
- L'avis explicite du médecin du travail
- Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel (avec le nom du bénéficiaire et l'objet de la demande)
- Le contrat de travail ou un certificat de travail
- Un bulletin de salaire datant de moins de trois mois
- Un rapport de bilan si celui-ci a été financé par OETH
- Un relevé d'identité bancaire de l'établissement

### **Rappel :**

Les aménagements, qu'ils soient relatifs à des matériels ou des services ne doivent pas être réalisés à la date de la demande. Dans des cas exceptionnels, les financements peuvent concerner des aménagements déjà réalisés si ceux-ci l'ont été du fait d'un caractère urgent démontrable et justifiable. Dans ce cas, la demande doit être réalisée dans les 3 mois suivants la réception des travaux.

Le principe de participation aux investissements ainsi que les montants des primes accordées sont de la compétence du Comité Paritaire de l'Accord. Les montants ne peuvent être attribués qu'après décision de cette instance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

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

Signature et  
cachet de l'établissement

**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**



Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

FORMULAIRE DE RECUEIL DE L'AVIS DES INSTANCES REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL

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

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

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

Les membres du :

CE ou

CHSCT ou

DP

Donnent un avis favorable à :

Four horizontal lines for writing the favorable opinion.

Nom et qualité des signataires :

Signature box with two horizontal lines and the word 'Signature' centered below.

Signature box with two horizontal lines and the word 'Signature' centered below.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

