

## Dossier de demande de financement : BILAN MAINTIEN DANS L'EMPLOI (BME)

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

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> BILAN MAINTIEN DANS L'EMPLOI | <input type="checkbox"/> BILAN COMÈTE FRANCE |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <b>Statut du salarié/candidat</b>                       |   |
| <input type="checkbox"/> NON SALARIE DE L'ETABLISSEMENT | <input type="checkbox"/> SALARIE DE L'ETABLISSEMENT |

|   |                |
|---|----------------|
| <b>EMPLOYEUR</b>  |                |
| Association gestionnaire : _____  |                |
| Raison sociale : _____  |                |
| Adresse : _____   |                |
| Code postal : _____   | Ville : _____  |
| N° de SIRET : _____   |                |
| Personne à contacter : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle |                |
| Nom : _____   | Prénom : _____ |
| Fonction : _____  |                |
| E-mail : _____  |                |
| Tél. : _____  |                |
| Fax. : _____  |                |

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé à OETH                    |  |
| Année d'adhésion : _____                |  |
| Effectif d'assujettissement : _____     |  |
| Taux d'obligation moyen : _____         |  |
| Nbre d'handicapés :                     |  |
| CDI : _____                             |  |
| CDD : _____                             |  |
| Financements perçus depuis 2006 : _____ |  |
| Financements RTH depuis 2001 : _____    |  |

|  |                           |
|--|---------------------------|
| <b>SALARIÉ/CANDIDAT</b>  |                           |
| <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)<br>↳ <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"/> Certificat d'inaptitude délivré par le médecin du travail |
| <input type="checkbox"/> Titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie Professionnelle (IPP minimum 10%)  | <input type="checkbox"/> Risque d'inaptitude précisé par le médecin du travail     |
| <input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension d'invalidité  |  |

|  |                              |                              |                              |                             |                             |                                 |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <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

| Bilan COMÈTE FRANCE  | Bilan maintien dans l'emploi  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Le justificatif du statut de bénéficiaire de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 ou l'avis de dépôt de demande auprès de la MDPH</li><li>• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)</li><li>• Le document « Demande de mise en place d'un bilan médico-psycho-socio-professionnel COMÈTE FRANCE »</li><li>• La copie du contrat de travail du salarié et un bulletin de salaire de moins de 3 mois</li><li>• Un relevé d'identité bancaire</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Le justificatif du statut de bénéficiaire de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 ou l'avis de dépôt de demande auprès de la MDPH</li><li>• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)</li><li>• Le devis du prestataire référencé avec le descriptif de la prestation et l'indication de sa durée</li><li>• La copie du contrat de travail du salarié et un bulletin de salaire de moins de 3 mois</li><li>• L'avis explicite du Médecin du travail</li><li>• Un relevé d'identité bancaire</li></ul> |

L'employeur et le salarié/candidat demandent conjointement à l'association OETH le financement d'un :

Bilan maintien dans l'emploi

Bilan COMÈTE FRANCE

Signature du salarié/candidat :

Signature de l'employeur :

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**