

Dossier de demande de financement : MAINTIEN DANS L'EMPLOI PAR LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE

Cadre réservé à OETH

Date de réception : | | | | | | | | | |

N° établissement :

N° dossier :

N° Association :

Date CPA :

Nature du maintien dans l'emploi

RECONVERSION PROFESSIONNELLE

CONTRAT DE REEDUCATION CHEZ L'EMPLOYEUR

EMPLOYEUR

Association gestionnaire : _____

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | Ville : _____

N° de SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Personne à contacter : M. Mme 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 :

SALARIÉ

M. Mme Mlle

Nom marital : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : | | | | | | | | | |

Qualification : _____

Qualité de bénéficiaire du statut de la personne handicapée :

Date de validité, du : | | | | | | | | | | au : | | | | | | | | | |

Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)

↳ Prime déjà obtenue (cf. mesure Première RQTH)

Allocation adulte handicapé (AAH)

Carte d'invalidité

Titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie

Professionnelle (IPP minimum 10%)

Titulaire d'une pension d'invalidité

Pensionné de guerre ou assimilé

Notification CDES

Certificat d'incapacité délivré par le
médecin du travail

NATURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

CDI

CDD

CAE

CAV

AP

CP

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

Contrat de rééducation chez l'employeur	Reconversion professionnelle
<ul style="list-style-type: none">• Le justificatif de statut de bénéficiaire de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 valide à la date de la demande• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)• Le contrat de rééducation dûment signé• La convention de formation• Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel (avec nom du bénéficiaire et objet de la demande)• Un relevé d'identité bancaire de l'établissement	<ul style="list-style-type: none">• Le justificatif de statut de bénéficiaire de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 valide à la date de la demande• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)• Le devis de l'organisme de formation• Le tableau récapitulatif des coûts (voir ci-dessus)• Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel (avec nom du bénéficiaire et objet de la demande)• La copie du contrat de travail du salarié et un bulletin de salaire de moins de 3 mois• L'avis du médecin du travail sur la nécessité de la reconversion et sur le projet de reconversion• L'avis explicite d'inaptitude du Médecin du travail• L'accord du principe de reconversion rédigé par le salarié• Le rapport de bilan si celui-ci a été financé par OETH• Un relevé d'identité bancaire de l'établissement

NB : les frais de transport, d'hébergement et de repas sont pris en charge sur les bases tarifaires pratiquées par UNIFAF.

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

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 _____