

Dossier de demande de financement : PRÉVENTION DU HANDICAP DIAGNOSTIC TMS

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 : _____	Nbre d'handicapés : _____
N° de SIRET : _____	CDI : _____
Effectif d'assujettissement au 31/12/2011 en ETP : _____	CDD : _____
Personne à contacter : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Financements perçus depuis 2006 : _____
Nom : _____ Prénom : _____	Financements RTH depuis 2001 : _____
Fonction : _____	
E-mail : _____	
Tél. : _____	
Fax : _____	
L'établissement possède-t-il un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, année d'actualisation : _____	

EXPOSÉ DE LA DEMANDE
Descriptif synthétique du projet : _____

Durée de l'action : _____ Date de démarrage prévisionnelle : _____
Coût prévisionnel : _____ € T.T.C.
Nom du prestataire : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

Montant accordé

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

PIÈCES A FOURNIR

- L'exposé de la demande (voir ci-dessus)
- Proposition technique et financière du prestataire choisi
- Copie du Document Unique d'évaluation de moins de 18 mois ou une attestation sur l'honneur ou PV de carence
- Formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel mentionnant le nom du prestataire intervenant et l'objet de la demande (voir ci-dessous)

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 :

Nom et qualité des signataires :

Signature

Signature

Fait à _____, le _____

