

Dossier de demande de financement : AMENAGEMENT DE POSTE DE TRAVAIL

Cadre réservé à l'OETH
Date de réception : <input type="text"/>
N° établissement :
N° dossier :
N° Association :
Date CPA :

EMPLOYEUR	Cadre réservé à l'OETH
Association gestionnaire : _____	Année d'adhésion :
Raison sociale : _____	Effectif d'assujettissement :
Adresse : _____	Taux d'obligation moyen :
Code postal : <input type="text"/> Ville : _____	Nbre d'handicapés :
N° de SIRET : <input type="text"/>	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. : <input type="text"/>	
Fax : <input type="text"/>	

SALARIÉ
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle
Nom marital : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : <input type="text"/>
Qualification : _____
Qualité de bénéficiaire du statut de la personne handicapée :
Date de validité, du : <input type="text"/> au : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (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"/> Prime déjà obtenue (cf. mesure Première RQTH) <input type="checkbox"/> Notification CDES
NATURE DU CONTRAT DE TRAVAIL
<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 : <input type="text"/> au : <input type="text"/>
Temps de travail hebdomadaire : <input type="text"/>

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 du 10/07/1987
- L'avis explicite du médecin du travail
- Deux devis comparatifs concernant le même matériel mais provenant de fournisseurs différents
- L'avis du salarié sur le choix de l'aménagement. Si l'essai est impossible, l'employeur doit en signaler les motifs
- Le contrat de travail ou un certificat de travail
- Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel
- 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

LES BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI DU 10 JUILLET 1987 MODIFIÉE

(Articles L 323-3 et L 323-5) du code du travail

- 1) Les travailleurs ayant la Reconnaissance de la Qualité de Travailleurs Handicapés (RQTH, qu'elle qu'ait été la catégorie A, B ou C) attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, qui a repris depuis le 1^{er} janvier 2006 les compétences et fonctions anciennement dévolues aux COTOREP) mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.
- 2) Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire.
- 3) Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics, à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain.
- 4) Les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension militaire d'invalidité au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
- 5) Les veuves de guerre non remariées titulaires d'une pension au titre du même code, dont le conjoint militaire ou assimilé est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre, ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension militaire d'invalidité d'un taux au moins égal à 85%, et les victimes d'attentat à compter du 1^{er} juin 1990 (Loi n°90-36 du 23/1/1990 ; J.O. du 25/1/1990).
- 6) Les orphelins de guerre, âgés de moins de 21 ans et les mères veuves non remariées ou les mères célibataires, dont respectivement le père ou l'enfant, militaire ou assimilé, est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension d'invalidité d'un taux égal à 85%.
- 7) Les veuves de guerre remariées, ayant au moins un enfant à charge issu du mariage avec le militaire ou assimilé décédé, lorsque ces veuves ont obtenu ou auraient été en droit d'obtenir, avant leur remariage, une pension dans les conditions prévues au paragraphe 5 ci-dessus.
- 8) Les femmes d'invalides internés pour aliénation mentale imputable à un service de guerre, si elles bénéficient de l'article L. 124 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
- 9) Les sapeurs pompiers volontaires victimes d'accidents ou de maladies imputables au service (loi n° 91-1389 du 31/12/1991).
- 10) Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.
- 11) Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

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

CHSCT

DP

Donnent un avis favorable à :

Nom et qualité des signataires :

Signature

Signature

Fait à _____, le _____