

## Dossier de demande de financement : MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Cadre réservé à l'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 l'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'inaptitude 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"><li>• Le justificatif de statut de bénéficiaire de la loi du 10/07/1987 modifiée</li><li>• Le contrat de rééducation dûment signé</li><li>• La convention de formation</li><li>• Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel</li><li>• Un relevé d'identité bancaire de l'établissement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le justificatif de statut de bénéficiaire de la loi du 10/07/1987 modifiée</li><li>• Le contrat de travail du salarié</li><li>• L'avis du médecin du travail sur la nécessité de la reconversion et sur le projet de reconversion</li><li>• L'avis d'inaptitude ou l'avis du Médecin du travail sur le risque d'inaptitude</li><li>• L'accord du principe de reconversion rédigé par le salarié</li><li>• La convention de formation</li><li>• Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel</li><li>• Un relevé d'identité bancaire de l'établissement</li></ul>

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

## 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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**



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

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 \_\_\_\_\_

