

# Dossier de demande de financement : ACCOMPAGNANT D'UN TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

Cadre réservé à l'OETH

Date de réception :

N° établissement : \_\_\_\_\_

N° dossier : \_\_\_\_\_

N° Association : \_\_\_\_\_

Date CPA : \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR	Cadre réservé à l'OETH
<p>Association gestionnaire : _____</p> <p>Etablissement : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : <input type="text"/> Ville : _____</p> <p>N° de SIRET : <input type="text"/></p> <p>Personne à contacter : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____</p> <p>Fonction : _____</p> <p>E-mail : _____</p> <p>Tél. : <input type="text"/></p> <p>Fax : <input type="text"/></p>	<p>Année d'adhésion : _____</p> <p>Effectif d'assujettissement : _____</p> <p>Taux d'obligation moyen : _____</p> <p>Nbre d'handicapés : _____</p> <p>CDI : _____</p> <p>CDD : _____</p> <p>Financements perçus depuis 2006 : _____</p> <p>Financements RTH depuis 2001 : _____</p>

## SALARIÉ HANDICAPÉ

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)     Titulaire d'une pension d'invalidité  
     ↳  Prime déjà obtenue (cf. mesure Première RQTH)     Pensionné de guerre ou assimilé  
 Allocation adulte handicapé (AAH)     Notification CDES  
 Carte d'invalidité  
 Titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle (IPP minimum 10%)

**NATURE DU CONTRAT DE TRAVAIL**

CDI    CDD    CAE    CAV    Contrat d'apprentissage    Contrat de professionnalisation    Autre

Date d'embauche ou durée le/du :  au :

Temps de travail hebdomadaire :



## 2/ EXERCICE DE LA FONCTION D'ACCOMPAGNANT DU TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

- Descriptif de l'accompagnement (*peut être formulé sur papier libre*)

---



---



---



---



---

- Evaluation du nombre d'heures d'accompagnement sur 12 mois :  heures :

**Coûts prévisionnels :**

Salaire chargé de l'Accompagnant	
----------------------------------	--

OU

Coût de la prestation externe	
-------------------------------	--

Nom de l'organisme	
--------------------	--

### PIÈCES À FOURNIR

Formation de l'Accompagnant	Exercice de la fonction
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le justificatif du statut de bénéficiaire de la loi du 10/07/1987 modifiée</li> <li>• Le contrat de travail de la personne handicapée</li> <li>• Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel</li> <li>• L'avis du médecin du travail sur les modalités de l'accompagnement et le nombre d'heures nécessaires (papier libre)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devis de l'organisme de formation</li> <li>• Fiche de salaire de moins de 3 mois de l'Accompagnant</li> <li>• Un relevé d'identité bancaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cas où l'Accompagnant est salarié de l'établissement :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de salaire de moins de 3 mois</li> </ul> </li> <li>• Dans le cas d'une prestation externe :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Devis du prestataire</li> </ul> </li> <li>• Un relevé d'identité bancaire</li> </ul>

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et qualité du signataire \_\_\_\_\_

Signature et  
cachet de l'établissement

Cadre réservé à OETH	
1 – FORMATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	MONTANT ACCORDÉ
Frais pédagogiques	
Salaire chargé	
Frais annexes	
2 – EXERCICE DE LA FONCTION	
Salaire de l'Accompagnant	
OU	
Prestation externe	
<b>TOTAL</b>	

### 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)** 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 (AT-MP)** 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 **personnes mentionnées** à l'article L.394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, notamment :
  - les invalides de guerre titulaires d'une pension militaire d'invalidité en raison de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées dans le cadre du service au cours des guerres ou des campagnes de guerre ;
  - les victimes civiles de la guerre ou d'un acte de terrorisme ;
  - les sapeurs pompiers volontaires victimes d'un accident ou atteints d'une maladie contractée en service (également mentionnés au 9° de l'article L.5212-13 du code du travail) ;
  - les personnes qui dans le cadre de leurs fonctions professionnelles au service de la collectivité ou de leurs fonctions électives au sens du code électoral, ou lors d'une mission d'assistance à personne en danger, ont subi une atteinte à leur intégrité physique, contracté ou vu s'aggraver une maladie induisant une incapacité permanente de poursuivre leur activité professionnelle.
- 5) Les **personnes mentionnées** aux articles L.395 et L.396 du même code, notamment :
  - les conjoints, concubins et partenaires liés par un PACS d'un militaire bénéficiant d'une pension pour aliénation mentale, ou d'une personne mentionnée à l'article L.394 décédée ou disparue dans des circonstances définies dans cet article (cf. 4) ;
  - les personnes ayant la charge de l'enfant mineur d'une personne citée au 4) ou titulaire d'une pension pour aliénation mentale ;
  - les orphelins de guerre et pupilles de la nation de moins de 21 ans ;
  - les enfants de moins de 21 ans de militaires titulaires d'une pension pour aliénation mentale, et de personnes mentionnées à l'article L.394 (cf. 4) dont le décès, la disparition ou l'incapacité de pourvoir à leurs obligations et à leurs charges de famille est imputable aux situations énumérées à cet article.
- 6) Les **titulaires de la carte d'invalidité** définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.
- 7) Les **titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**.

**Dossier complet à retourner à :**

**Association OETH**

**94, avenue Félix Faure – 75015 PARIS**

**Tél : 01 40 60 58 58 – Fax : 01 40 60 58 64**

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



# 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 \_\_\_\_\_

