



Dossier de demande de financement : PRÉVENTION DU HANDICAP ANIMATEUR PREVENTION TMS

Cadre réservé à l'OETH	
Date de réception :	_____
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 : _____ Ville : _____	Nbre d'handicapés : _____
N° de SIRET : _____	CDI : _____
Effectif d'assujettissement au 31/12/2008 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. : _____	

1/ FORMATION ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS	
Descriptif synthétique du projet : _____	

Nom de l'organisme de formation : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____ Ville : _____	
Intitulé de la formation : _____	
Durée de la formation : _____ Date de démarrage prévisionnelle : _____	

Coûts prévisionnels de la formation

	COUT TOTAL	PRISE EN CHARGE OETH	SOLDE POUVANT ETRE PRIS EN CHARGE PAR UNIFAF (1)
Frais pédagogiques		2 000 € max.	
Frais d'hébergement et/ou de déplacement		2 000 € max. <small>si pas de frais pédagogiques</small>	
Salaire chargé du stagiaire pendant la formation		2 000 € max.	

Souhaitez-vous que ce dossier soit transmis à UNIFAF pour les compléments de financement ? OUI NON

- (1) Dans le cadre d'une Convention signée entre Unifaf et OETH, l'OPCA peut prendre en charge financièrement :
- la différence établie entre le montant des **coûts pédagogiques** facturés et le financement d'OETH
 - les éventuels compléments des **salaires de remplacement** de l'Animateur-Prévention durant sa formation (conformément aux règles de prise en charge applicables au sein d'Unifaf)
 - l'ensemble des **frais annexes** (déplacement, hébergement) dans le respect des plafonds mis en œuvre au sein de l'OPCA et sous réserve de présentation des pièces justificatives afférentes.

Cette prise en charge sera financée par le Fonds d'intervention (Programmes spécifiques) ou sera imputée sur le PAUF s'il n'est pas totalement utilisé par l'établissement. Pour tout renseignement complémentaire, merci de vous adresser à Unifaf.

2/ PÉRENNISATION DE LA COMPÉTENCE

(Formations de prévention dispensées par l'Animateur-Prévention)

Descriptif synthétique du projet : _____

Nombre de jours de formation interne animés par l'Animateur-Prévention TMS au cours de l'année :

Planning 2009			
MOIS	NOMBRE DE JOURS	MOIS	NOMBRE DE JOURS

Salaire chargé de l'Animateur-Prévention TMS lors des sessions de formation interne : _____ €

(Le financement est limité à 250 €/jour et plafonné à 4/9/16 jours selon la taille de l'effectif de l'établissement - cf. Annexe 1 de la Convention d'Action)

SALARIÉ DÉSIGNÉ ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS

M. Mme Mlle

Nom : _____ Prénom : _____

Email : _____

Intitulé du poste occupé : _____

Date d'embauche : |_|_|_|_|_|_|_|_| Type de contrat : _____

Temps de travail hebdomadaire contractuel (à la date de la demande) : |_|_|_|_|_|

Cadre réservé à OETH	
1 - Formation	MONTANT ACCORDÉ
Frais pédagogiques	
Salaire chargé	
Frais Déplact.+ Héberg. (CRAMIF)	
2 - Pérennisation de la compétence	
Nombre de jours maxi : 4 <input type="checkbox"/> - 9 <input type="checkbox"/> - 16 <input type="checkbox"/>	
Salaire chargé	
TOTAL	

PIÈCES A FOURNIR

FORMATION ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS	PÉRENNISATION DE LA COMPÉTENCE
<ul style="list-style-type: none"> • Convention d'action complétée et signée en double exemplaire (avec les annexes paraphées à toutes les pages) • Copie d'une fiche de salaire de moins de 3 mois du salarié désigné Animateur-Prévention TMS • Copie du Document Unique • Devis du prestataire de formation • Formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel <p>Pour la formation de la CRAM d'Ile-de-France « Animateur-formateur à la prévention des risques liés à l'activité physique (secteur santé) », transmettre également :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attestation de formation « gestes et postures / manutention des personnes » suivie par le stagiaire ces derniers temps • Certificat d'aptitude au port de charges du médecin du travail (peut être transmis dans un second temps). 	<ul style="list-style-type: none"> • Convention d'action complétée et signée en double exemplaire (avec les annexes paraphées à toutes les pages) • Copie d'une fiche de salaire de moins de 3 mois du salarié désigné Animateur-Prévention TMS • Copie du Document Unique • Attestation de formation de l'Animateur-Prévention TMS (certificat de compétences et/ou diplôme) • Feuilles d'émargement des formations internes réalisées

Fait à _____, le _____

Nom et qualité du signataire _____

Signature et
cachet de l'établissement

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

**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**

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 _____