

Cadre réservé à l'OETH

Date de réception :

N° établissement :

N° dossier :

N° Association :

Date CPA :

## Dossier de demande de financement : BILAN

**Type de bilan**

BILAN D'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE  BILAN ERGONOMIQUE

BILAN MAINTIEN DANS L'EMPLOI  BILAN COMÈTE FRANCE

**Statut du salarié/candidat**

NON SALARIE DE L'ÉTABLISSEMENT  SALARIE DE L'ÉTABLISSEMENT

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

**SALARIÉ/CANDIDAT**

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 :

<input type="checkbox"/> Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)	<input type="checkbox"/> Pensionné de guerre ou assimilé
↳ <input type="checkbox"/> Prime déjà obtenue (cf. mesure Première RQTH)	<input type="checkbox"/> Notification CDES
<input type="checkbox"/> Allocation adulte handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/> Certificat d'inaptitude délivré par le médecin du travail
<input type="checkbox"/> Carte d'invalidité	<input type="checkbox"/> Risque d'inaptitude précisé par le médecin du travail
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie Professionnelle (IPP minimum 10%)	
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension d'invalidité	

**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

<b>Bilan d'évolution professionnelle</b>	<b>Bilan ergonomique</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le contrat de travail du salarié</li><li>• Le justificatif du statut de bénéficiaire de la loi du 10/07/1987 modifiée</li><li>• Le devis du prestataire avec le descriptif de la prestation et l'indication de sa durée</li><li>• Un relevé d'identité bancaire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le contrat de travail du salarié</li><li>• Le justificatif du statut de bénéficiaire de la loi du 10/07/1987 modifiée</li><li>• Le devis du prestataire avec le descriptif de la prestation et l'indication de sa durée</li><li>• Un relevé d'identité bancaire</li></ul>
<b>Bilan COMÈTE FRANCE</b>	<b>Bilan maintien dans l'emploi</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le contrat de travail du salarié</li><li>• Le justificatif du statut de bénéficiaire de la loi du 10/07/1987 modifiée</li><li>• Le document « Demande de mise en place d'un bilan médico-psycho-socio-professionnel COMÈTE FRANCE »</li><li>• Un relevé d'identité bancaire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le contrat de travail du salarié</li><li>• L'avis d'inaptitude ou l'avis du Médecin du travail sur le risque d'inaptitude</li><li>• Le justificatif du statut de bénéficiaire de la loi du 10/07/1987 modifiée</li><li>• Le devis du prestataire avec le descriptif de la prestation et l'indication de sa durée</li><li>• Un relevé d'identité bancaire</li></ul>

L'employeur et le salarié/candidat demandent conjointement à l'association OETH le financement d'un :

Bilan d'évolution professionnel

Bilan ergonomique

Bilan maintien dans l'emploi

Bilan COMÈTE FRANCE

Signature du salarié/candidat :

Signature de l'employeur :

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**

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

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