

PRESTATION Accea

ANNEXE N° 2

DOSSIER DE PRECONISATIONS D'AMENAGEMENTS

Nom / prénom du bénéficiaire :

Centre de formation :

INTITULE DE LA FORMATION :

.....

DATES DE LA FORMATION : DU AU

PRECONISATIONS POUR LA PERIODE : DU AU

RAPPEL SUR LES ATTENDUS DU DOSSIER DE PRECONISATIONS

Le dossier de préconisations d'aménagement est un support permettant de :

- Décrire l'ensemble des préconisations d'aménagement proposées au bénéficiaire, qu'elles fassent ou non, l'objet d'une demande de financement.
- Préciser les financements sollicités via Accea, ainsi que les autres modalités de financements.
- Mettre en évidence la complémentarité des propositions d'aménagements de chaque acteur.

Il est attendu un partage des contraintes rencontrées, ou pouvant l'être, dans le cadre de la formation et non une communication des données médicales relatives au bénéficiaire.

DONNEES PERSONNELLES :

Les données personnelles collectées seront intégrées dans l'interface lcare-crfh.fr pour solliciter le financement des aménagements en formation. L'interface utilise un protocole d'accès sécurisé (https), les données sont cryptées lors de leurs échanges. Elles sont enregistrées et consultables par le centre de formation, le CRFH et la délégation régionale de l'Agefiph. Elles sont transmises au bénéficiaire, au partenaire spécialisé handicap et au référent de parcours. Leur durée de conservation est de cinq ans après la fin de la formation aménagée.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données vous concernant, que vous pouvez exercer en contactant le délégué à la protection des données (DPO) de l'Association HANDIC'APTITUDE 202 rue d'Ornano 33000 BORDEAUX :

- Par voie électronique, accompagné d'une copie de pièce d'identité en cours de validité au format PDF(maximum 2MB) : dpo-handicapitude@nerim.net
- Ou par courrier postal signé accompagné de la copie d'un titre d'identité

Par la signature ci-dessus, j'autorise le CRFH à utiliser les informations recueillies pour le traitement de données permettant l'aménagement de la formation suivie, ainsi que l'évaluation globale des aides attribuées.



Nomenclature à utiliser pour compléter la colonne 4 des tableaux suivants :

MODALITES DE FINANCEMENT MOBILISEES
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Centre de Formation<input type="checkbox"/> Fonds Social d'Aide aux Apprentis (Région)<input type="checkbox"/> Offre de services Médico-Sociale<input type="checkbox"/> PCH (MDPH)<input type="checkbox"/> PAS (Agefiph-FIPHFP)<input type="checkbox"/> EPATECH (Agefiph)<input type="checkbox"/> Aide directe Agefiph à la personne ou à l'employeur<input type="checkbox"/> Aide directe Agefiph au centre de formation (sollicitée via Accea)<input type="checkbox"/> Aide FIPHFP ou OETH<input type="checkbox"/> Dispositif emploi accompagné<input type="checkbox"/> Aide au titre de l'accord d'entreprise <input type="checkbox"/> Autre, préciser :

1. DESCRIPTIF DES ADAPTATIONS PROPOSEES :

EPREUVES DE SELECTION OU POSITIONNEMENT

CONTRAINTES LIEES A LA SITUATION DE HANDICAP	ADAPTATIONS PROPOSEES <i>(Le centre de formation précisera les modalités d'individualisation qui relèvent du Droit Commun, afin de justifier les besoins de compensation du handicap et les éventuels surcoûts sollicités)</i>	OPERATEUR <i>en charge de la mise en œuvre</i>	MODALITES DE FINANCEMENT MOBILISEES (Cf. page 2 du présent document)	TEMPS ESTIME OU RYTHME	TAUX HORAIRE & COUT TOTAL sollicité via ACCEA

EN CENTRE DE FORMATION

CONTRAINTE LIEES A LA SITUATION DE HANDICAP	ADAPTATIONS PROPOSEES <i>(Le centre de formation précisera les modalités d'individualisation qui relèvent du Droit Commun, afin de justifier les besoins de compensation du handicap et les éventuels surcoûts sollicités)</i>	OPERATEUR <i>en charge de la mise en œuvre</i>	MODALITES DE FINANCEMENT MOBILISEES (Cf. page 2 du présent document)	TEMPS ESTIME OU RYTHME	TAUX HORAIRE & COUT TOTAL sollicité via ACCEA

EN STAGE OU EN EMPLOI


CONTRAINTES LIEES A LA SITUATION DE HANDICAP	ADAPTATIONS PROPOSEES <i>(Le centre de formation précisera les modalités d'individualisation qui relèvent du Droit Commun, afin de justifier les besoins de compensation du handicap et les éventuels surcoûts sollicités)</i>	OPERATEUR <i>en charge de la mise en œuvre</i>	MODALITES DE FINANCEMENT MOBILISEES <i>(Cf. page 2 du présent document)</i>	TEMPS ESTIME OU RYTHME	TAUX HORAIRE & COUT TOTAL <i>sollicité via ACCEA</i>

EPREUVES DE VALIDATION

CONTRAINTES LIEES A LA SITUATION DE HANDICAP	ADAPTATIONS PROPOSEES <i>(Le centre de formation précisera les modalités d'individualisation qui relèvent du Droit Commun, afin de justifier les besoins de compensation du handicap et les éventuels surcoûts sollicités)</i>	OPERATEUR EN CHARGE <i>en charge de la mise en œuvre</i>	MODALITES DE FINANCEMENT MOBILISEES <i>(Cf. page 2 du présent document)</i>	TEMPS ESTIME OU RYTHME	TAUX HORAIRE & COUT TOTAL <i>sollicité via ACCEA</i>
Montant total des surcoûts des aménagements préconisés :					€


- Une notification de décision vous sera transmise avec le montant accordé par l'Agefiph suite à la validation de la demande de financement des aménagements dans l'interface ICARE.
- L'Agefiph se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives complémentaires lors du paiement des factures à l'issue de la formation (feuille d'émargement, ...).

TYPES DE REUNION	DATES	OPERATEURS MOBILISES
BILAN(s) INTERMEDIAIRE(s) des aménagements et du suivi de la formation :		
BILAN DE FIN DE FORMATION :		

 *Pour le centre de formation, les temps de bilan sont intégrés dans le forfait de la prestation*

2. SYNTHÈSE DES MODALITÉS DE LA FORMATION

	MODALITÉS INITIALES DE L'ACTION DE FORMATION	MODALITÉS DE L'ACTION DE FORMATION ADAPTEES AU BENEFICIAIRE
Date d'entrée		
Date de sortie		
Rythme de formation hebdomadaire		
TOTAL des heures en centre		
TOTAL des heures en entreprise		
Total des heures de la formation		
Organisation de l'alternance		
Types et modalités de validation		
Autre		

 Si des modalités organisationnelles initiales doivent être adaptées aux contraintes du bénéficiaire, complétez totalement la colonne de droite et vérifiez s'il est nécessaire de faire une demande de dérogation.

3. AUTRES INFORMATIONS UTILES :

Centre de formation	Bénéficiaire
Date : ____ / ____ /20 ____	Date : ____ / ____ /20 ____
Cachet, signature :	Signature :

EN METTANT EN PIÈCE JOINTE DANS ICARE LE DOSSIER DES PRECONISATIONS, LE CENTRE DE FORMATION ATTESTE :

- Avoir transmis ce dossier à l'ensemble des participants de la prestation (le bénéficiaire, les partenaires ...)
- Avoir recueilli la validation de l'ensemble des participants de la prestation (le bénéficiaire, les partenaires ...), ainsi que l'accord de la personne, pour transmettre ces informations.