

PRESTATION ACCEA

ANNEXE 1

DEMANDE DE FINANCEMENT

INITIATEURS DE LA PRESTATION

CENTRE DE FORMATION

Raison sociale :

Adresse :

Nom du référent handicap :

Mail :

☎ :

Autre personne à contacter :

Mail :

☎ :

REFERENT DU PARCOURS

Mission locale Cap emploi Pôle Emploi

Structure Médico-sociale Education Nationale

PLIE Autre, préciser :

Nom de la structure :

Nom du référent de parcours :

Mail :

☎ :

Le référent de parcours – Pôle emploi / Cap emploi / Mission locale - a la responsabilité de mobiliser les P.A.S. [AGEFIPH-FIPHFP]

BENEFICIAIRE

Mme Mr Nom : Prénom :

Adresse :

Mail : ☎ :

Date de naissance : / /

Handicap : Auditif Moteur Visuel Psychique Intellectuel Cognitif Autre (préciser) :

Responsable légal (si nécessaire) : Nom : Prénom :

Adresse :

Mail ☎ :

FORMATION CONCERNEE

Intitulé :

Modalités de la formation :

Formation continue Apprentissage

Dates de la formation : Entrée : / / 20..... Sortie : / / 20.....

Modalités de financement dans la formation continue :

Conseil Régional : Action collective Aide individuelle

Pôle Emploi : Action collective Aide individuelle

Mobilisation de la prestation Accea : En amont de la formation Pendant la formation

ARGUMENTAIRE MOTIVANT LA MISE EN PLACE D'Accea

➔ Le référent handicap du centre de formation et le référent de parcours précisent, au regard du handicap de la personne, les risques d'écart entre ses aptitudes / contraintes et les exigences de la formation.

PARTENAIRE SPECIALISE HANDICAP sollicité pour intervenir en appui durant Accea

Nom de la structure :

Nom de l'intervenant :

Mail : ☎ :

Cadre d'intervention du partenaire spécialisé handicap :

- Prestation d'Appui Spécifique (P.A.S.) AGEFIPH-FIPHFP
- Offre de service Médico-sociale (IME, ITEP, SESSAD...)
- Dispositif Emploi accompagné
- Autre intervenant spécialisé non financé

Centre de formation	Référent de parcours	Bénéficiaire	Prestataire spécialisé
Date : ____ / ____ /20 ____ Cachet, signature :	Date : ____ / ____ /20 ____ Cachet, signature :	Date : ____ / ____ /20 ____ Signature :	Date : ____ / ____ /20 ____ Cachet, signature :

Cette annexe est à intégrer par le centre de formation dans l'interface ICARE

Joindre à celle-ci : Le titre de BOETH (RQTH / AAH / ...) ou l'attestation d'engagement dans la démarche de reconnaissance.

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-handicaptitude@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.