

PRESTATIONS D'APPUI SPECIFIQUES

HANDICAPS PSYCHIQUE – MENTAL – TROUBLES COGNITIFS (à partir du 15 octobre 2018) HANDICAPS AUDITIF – MOTEUR – VISUEL (à partir du 19 février 2019)

FICHE DE PRESCRIPTION

Chaque prestation doit faire l'objet d'une fiche de prescription et de restitution. L'ensemble des éléments de la fiche de prescription doit être renseigné par le prescripteur.

La communication de données médicales à l'Agefiph et à ses prestataires n'étant pas requise, nous vous remercions de bien vouloir ne pas en faire état dans la fiche de prescription ou dans tout autre support dans le cadre du marché Prestations d'Appuis Spécifiques.

Raison sociale du Prestataire sollicité :

Région (menu déroulant) : _____

Prestation d'Appui Spécifique Demandée :

Auditif : Visuel : Moteur : Troubles cognitifs : Mental : Psychique :

Identité et coordonnées du prescripteur

Nom de l'organisme (Cap emploi, Mission Locale, Pôle emploi, DR, DTH) ou raison sociale de l'employeur :

Si le prescripteur est un employeur, préciser les points suivants :

- le secteur d'activité : Public Privé

Si Public, type de fonction publique (menu déroulant) : _____

- Siret :
- Code NAF :
- Effectif d'établissement :

Si employeur Privé :

- Accord agréé : Oui Non
- Taux d'emploi à 6% : Oui Non
- EA ou ESAT : Oui Non
- Convention Agefiph : Oui Non

Si employeur Public : Convention Fiphfp : Oui Non

Pour tous les employeurs :

Raison sociale :
Distribution spéciale :
Complément d'adresse 1 :
Complément d'adresse 2 :
N° :
Code postal :

BP :
Rue ou lieu-dit :
Commune :

Correspondant / prescripteur : Nom : Prénom :
Fonction du correspondant / prescripteur :
Tél : Email :

Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire

Monsieur : Madame : Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Rue ou lieu-dit : _____
 N° : _____
 Complément d'adresse 1 : _____ BP : _____
 Complément d'adresse 2 : _____ Commune : _____
 Code postal : _____ Email : _____
 Tél : _____

Situation de la personne bénéficiaire

Handicap principal : AUDITIF MOTEUR VISUEL PSYCHIQUE MENTAL TROUBLE COGNITIF
 Si Multi-Handicap, merci de préciser :

Situation de la personne lors de la mobilisation de l'appui :

Salarié (privé) : Agent FP D'état : Agent FP territoriale : Agent de la FP hospitalière :
 En recherche d'emploi : Travail non salarié : Stagiaire de la formation pro :

Type de contrat : CDD CDI Intérim

Durée du contrat : Temps plein Temps partiel

Secteur d'activité si en emploi (menu déroulant) : _____

Autre type de contrat : Contrat de génération Emploi d'avenir : PEC (ex : CUI-CIE / CAE) :
 Emploi Franc Apprentissage Professionnalisation

Si employé dans un EA, le bénéficiaire fait-il partie des effectifs de : Production Administratif
 Le bénéficiaire est : en poste En arrêt de travail

Date d'embauche / inscription Pole emploi :

Bénéficiaire de minima sociaux : Non Oui (préciser) :

Reconnaissance du handicap :

MDPH/CDA marché du travail
 En attente de reconnaissance
 Uniquement AAH
 Uniquement Carte d'invalidité
 Pension ou rente d'invalidité
 Autres (préciser) :

Niveau de formation :

Niveau VI
 Niveau Vbis
 Niveau V
 Niveau IV
 Niveau III
 Niveau I à II

Niveau de qualification :

Manœuvre, ouvrier spécialisé
 Ouvrier qualifié
 Employé non qualifié
 Employé qualifié
 Agent de maîtrise, technicien
 Cadre
 Travailleur non salarié

Qualification et expérience professionnelle :
 Merci de joindre un CV pour le prestataire si possible

Prestations dont a déjà bénéficié la personne :

Date (Format : JJMMAAAA)	Situation professionnelle	Type de prestation / Intitulé (Agefiph ou autre)

Prescription

Cadre de la mobilisation :

La prestation est-elle mobilisée :

- dans le cadre d'un accompagnement **Vers** **Dans l'emploi**
- dans le cadre d'une formation : **Oui** **Non**
- Si **Oui** → dans le cadre de la RHF (Ressource Handicap Formation)? **Oui** **Non**
- dans le cadre d'un renouvellement pour prolongation de la durée d'une prestation en cours ? **Oui** **Non**
- Si **Oui** → la DR Agefiph a-t-elle bien validé la demande : **Oui** **Non**

La prestation est-elle mobilisée dans le cadre du dispositif de l'Emploi Accompagné ? **Oui** **Non**

Si oui, merci de préciser :

- Evaluation préliminaire**
- Accompagnement de la personne**
- Accompagnement de l'employeur**

Prestation et module demandés (un seul module doit-être initialement prescrit) :

- Pré-diagnostic**
- Bilan complémentaire sur la situation de la personne**
- Appui Expert pour prévenir et/ou résoudre les situations de rupture**
- Appui à l'employeur et/ou à l'organisme de formation*
 - Accompagnement de la personne*
 - Veille*

Handicaps : Auditif / Visuel / Moteur :

- Appui Expert à la réalisation du projet professionnel**
- Mise en œuvre des techniques de compensation*
 - Appui à l'employeur et/ou à l'organisme de formation*
 - Veille*

- Appui Expert sur le projet professionnel**
- Evaluation des capacités fonctionnelles*
 - Identification et développements des techniques de compensation*

Handicaps : Psychique / Mental / Troubles cognitifs :

- Appui Expert à la réalisation du projet professionnel**
- Appui à l'accompagnement vers l'emploi / formation*
 - Appui à l'accompagnement dans l'emploi / formation*
 - Veille*

- Appui Expert sur le projet professionnel**
- Diagnostic approfondi*
 - Identification et développements des techniques de compensation*
 - Appui à l'élaboration/validation du projet professionnel*
 - Appui à la validation du projet professionnel (si uniquement ce besoin)*

**Exposé du contexte de la demande, des besoins identifiés et des attentes particulières
(y compris en cas de renouvellement d'une prestation) cf. article 3.1 du cahier des charges**

Contexte de la demande :

Besoins identifiés :

Attentes particulières :

Conditions d'intervention :

Chez le prestataire Chez le prescripteur En centre de formation Sur le lieu de travail

Sans le prescripteur Avec le prescripteur

Avec un spécialiste de matériel (fournisseur, plateforme, etc.)

Personne à contacter pour la mise en œuvre : organisme de formation, employeur ou spécialiste d'aides techniques.

Nom de l'organisme ou de l'employeur :

Raison sociale :

Distribution spéciale :

Complément d'adresse 1 :

Complément d'adresse 2 :

N° :

Code postal :

BP :

Rue ou lieu-dit :

Commune :

Nom :

Fonction :

Tél :

Prénom :

Code NAF :

Email :

Adresse du lieu d'intervention si différente :

Raison sociale :

Distribution spéciale :

Complément d'adresse 1 :

Complément d'adresse 2 :

N° :

Code postal :

BP :

Rue ou lieu-dit :

Commune :

Délais de réalisation souhaités :

Echéance particulière (début de contrat, de formation/ délai de 48 heures Appui expert pour prévenir et/ou résoudre les situations de rupture...) :

Bénéficiaire :

Le bénéficiaire a confirmé son accord pour la prestation prescrite et la démarche proposée lors de l'entretien de la (date) :

Date et signature :

Prescripteur :

Date de l'envoi au prestataire :

Date et signature :