

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 :