



**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) :

<b>Reconnaissance du handicap :</b>	<b>Niveau de formation :</b>	<b>Niveau de qualification :</b>
MDPH/CDA marché du travail <input type="checkbox"/>	Niveau VI <input type="checkbox"/>	Manœuvre, ouvrier spécialisé <input type="checkbox"/>
En attente de reconnaissance <input type="checkbox"/>	Niveau Vbis <input type="checkbox"/>	Ouvrier qualifié <input type="checkbox"/>
Uniquement AAH <input type="checkbox"/>	Niveau V <input type="checkbox"/>	Employé non qualifié <input type="checkbox"/>
Uniquement Carte d'invalidité <input type="checkbox"/>	Niveau IV <input type="checkbox"/>	Employé qualifié <input type="checkbox"/>
Pension ou rente d'invalidité <input type="checkbox"/>	Niveau III <input type="checkbox"/>	Agent de maîtrise, technicien <input type="checkbox"/>
Autres (préciser) : <input type="checkbox"/>	Niveau I à II <input type="checkbox"/>	Cadre <input type="checkbox"/>
		Travailleur non salarié <input type="checkbox"/>

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 : .....