

FICHE DE MOBILISATION DU SERVICE PRESTATAIRE SPÉCIALISÉ OU AUTRE DEMANDEUR

VOUS ÊTES ?

Prestataire PAS Étude ergonomique Autre

Nom de l'organisme :

Service :

Adresse : Commune :

Nom Prénom du correspondant :

Tél : Email :

Le bénéficiaire bénéficie-t-il d'une prescription : OUI NON (dans ce cas, passez le paragraphe ci-dessous)

Nom de l'organisme prescripteur :

Service :

Nom Prénom du correspondant :

Tel : Email :

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Nom Prénom :

Adresse : Commune :

Tél : Email :

Type de Handicap :

Handicap moteur visuel auditif mental psychique cognitif

Situation par rapport à l'emploi :

Demandeur d'emploi Salarié (secteur privé) Agents (fonction publique) Travailleur indépendant
 Étudiant Stagiaire de la formation professionnelle Alternant Autre

Nature du contrat : CDD CDI Fonctionnaire Contractuel Contrat de professionnalisation
 Contrat d'alternance Autre

En poste En arrêt de travail

Attention : Pour une prise en charge financière du service d'AIDATECH par l'AGEFIPH et le FIPHFP, **le bénéficiaire doit disposer d'un titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi ou être en voie de l'obtenir** (RQTH, Carte d'invalidité, Pension d'invalidité, IPP>10%). **Est-ce bien le cas ?** OUI NON

MOBILISATION DU SERVICE

La demande concerne :

- Essai/validation d'aides techniques
- Prêt de matériel (avant acquisition - instruction du dossier de financement)
- Prêt de matériel (CDD ou contrat de courte durée)
- Prêt de matériel (situation de formation)

Bref exposé de la situation du bénéficiaire relative au parcours professionnel et au handicap, des besoins identifiés (type d'aides et éléments de compensation attendus).

CONDITIONS D'INTERVENTION (LIEU D'INTERVENTION SOUHAITÉ) :

Sur le lieu de travail En centre de formation Site de la plateforme À déterminer

Sans le prescripteur Avec le prescripteur En présence du prestataire PAS

Personne à contacter pour la mise en œuvre : employeur ou organisme de formation (Emprunteur potentiel)

Raison sociale : _____
Numéro SIRET (obligatoire) : _____
Adresse : _____ Commune : _____
Nom Prénom du correspondant : _____ Fonction : _____
Tél : _____ Email : _____

Adresse du lieu d'intervention si différente : _____
Commune : _____

Échéance particulière (début et fin de contrat, de formation...):

Date de début ____/____/____
Date de fin ____/____/____

Le prescripteur confirme que le bénéficiaire a donné son accord pour la prestation et la démarche proposée

Le prescripteur autorise le prestataire spécialisé à mobiliser la plateforme AIDATECH et à coordonner la prestation d'essai ou de prêt OUI NON

Date de l'envoi de cette fiche de demande à AIDATECH Sud PACA : ____/____/____

Cadre réservé à AIDATECH Sud PACA

Compte rendu de la prestation, conseils réalisés, type de matériels prêtés, motif... :

Nom de l'intervenant d'AIDATECH : _____

Date d'envoi du compte du compte rendu : ____/____/____