

## FICHE DE MOBILISATION DU SERVICE PRESCRIPTEUR UNIQUEMENT

### VOUS ÊTES ? (PRESCRIPTEUR UNIQUEMENT)

Cap Emploi  Pôle Emploi  Missions locales  Agefiph/FIPHFP  Structure conventionnée FIPHFP

Nom de l'organisme : .....

Service : .....

Adresse : ..... Commune : .....

Nom Prénom du correspondant : .....

Tél : ..... Email : .....

### IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Nom Prénom : .....

Adresse : ..... Commune : .....

Tél : ..... Email : .....

#### Type de Handicap :

Handicap  moteur  visuel  auditif  mental  psychique  cognitif

#### Statut du bénéficiaire :

Demandeur d'emploi  Salarié en CDD  Salarié en CDI  Intérimaire

Agents de fonction publique (fonctionnaire)  Agents de fonction publique (contractuel)

Travailleur indépendant  Étudiant  Autre .....

#### Situation en lien la avec mobilisation du service :

En poste  En arrêt de travail  En alternance (apprentissage)  En alternance (contrat de professionnalisation)  PMSMP  Stage rémunéré  En formation (stagiaire de la formation professionnelle)

En formation (salarié du privé ou agents de la fonction publique)

Autre : .....

**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

**Le bénéficiaire est-il accompagné par un prestataire spécialisé (PAS....) :**  OUI  NON

Nom de l'organisme (prestataire spécialisé) : .....

Nom Prénom du correspondant : .....

Tel : ..... Email : .....

### 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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_