

## 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

#### 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

**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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_