**FICHE DE SOLLICITATION**

**Volet APPUI POUR COMPENSER UNE SITUATION DE HANDICAP EN FORMATION / ALTERNANCE**

***Appui délivré en région Grand Est par des prestataires sélectionnés par l'Agefiph pour une réponse au plus près des territoires***

**Document à retourner à :**

**Qui sollicite la RHF ?**

Référent de parcours [x]  CFA / OF: [ ]  Personne elle-même: [ ]

 **Identité et coordonnées du référent de parcours *(facultatif si pas de référent de parcours identifié)***

Nature de l’organisme:

Pôle emploi: [ ]  Cap emploi: [ ]  Mission locale: [ ]

Coordonnées:

Nom de l’organisme :

Adresse de l’organisme :

Nom de la personne de l’organisme :

Prénom de la personne de l’organisme :

Fonction de la personne de l’organisme :

Téléphone :

Mail :

**Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire de la RHF**

Monsieur: [ ]  Madame : [ ]  Nom : Prénom :

N° : Rue ou lieu-dit :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 : BP :

Code postal : Commune :

Tél : Email :

**Identité et coordonnées de l’organisme de formation bénéficiaire de la RHF**

Nom de l’organisme de formation :

Adresse :

N° : Rue ou lieu-dit :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 : BP :

Code postal : Commune :

:

Coordonnées du référent handicap ou d’une personne ressource de l’OF :

Prénom et Nom de la personne :

Fonction de la personne :

Tél : Email

**Situation de la personne bénéficiaire**

***Statut de Travailleur Handicapé :*** obtenu [ ] en cours [ ]  démarche à engager [ ]

***Sexe :*** Homme [ ]  Femme [ ]

***Date de naissance :***

***Niveau de qualification :***

Niveau VI (sans formation) [ ]  Niveau V bis (3ème) [ ]  Niveau V (BEP, CAP, Brevet des collèges) [ ]  Niveau IV (Bac, Bac technique) [ ]  Niveau I à III (Bac +2 et+) [ ]

***Handicap principal :*** Auditif [ ]  Moteur [ ]  Visuel [ ]  Psychique [ ]  Mental [ ]  Trouble cognitif [ ]

Maladie invalidante [ ]  Si Multi-Handicap, merci de préciser :

***Situation de la personne lors de la mobilisation de l’appui :***

*Ecole secondaire*: [ ]  *Enseignement supérieur*: [ ]  *En recherche d'emploi*: [ ]  *Salarié*: [ ]

*Education spécialisée (EMS)*: [ ]

***Description du parcours scolaire, professionnel, et le cas échéant médico-social antérieur :***

**Description de la formation suivie ou visée**

***Intitulé de la formation :***

***Date de début et date de fin :***

***Objectif général de l’action de formation :***

Mobilisation, remobilisation, aide à l’élaboration de projet, bilan de compétences: [ ]

Compétences clés, illettrisme, savoirs de base: [ ]

Acquisition de compétences préalables à l’emploi [ ]

Préparation à l’accès à la qualification [ ]

Qualification [ ]

Adaptation au poste de travail / maintien dans l’emploi [ ]

Développement des compétences professionnelles des salariés [ ]

Appui à la création, reprise d’entreprise [ ]

*Autre, préciser :*

***Niveau visé  :***

Sans niveau spécifique (CQP, Clea…): [ ]

Niveau V (CAP, BEP…): [ ]

Niveau IV (BP, BT, Bac) [ ]

Niveau III (BTS,  DUT) [ ]

Niveau II (Licence, maîtrise universitaire) [ ]

Niveau I (Master, et supérieur au master) [ ]

***Modalité :*** Formation continue [ ]  Contrat d’apprentissage [ ]  Contrat de professionnalisation [ ]

***Financeur principal : :*** Région [ ]  Pôle Emploi [ ]  OPCO [ ]  Etat [ ]  Employeur [ ]  Agefiph [ ]  CPF [ ]  *Autre, préciser :*

**Contexte de la demande**

Besoins identifiés / attentes particulières :

***Personne bénéficiaire :***

**La personne bénéficiaire a confirmé son accord pour la RHF sollicitée et la démarche proposée lors de l’entretien du (date) :**

**Date et signature :**

***Organisme de formation bénéficiaire :***

**L’organisme de formation bénéficiaire a confirmé son accord pour la sollicitation de la RHF et la démarche proposée lors de l’entretien de la (date) :**

**Date et signature :**

***Prescripteur :***

**Date de l’envoi au prestataire:**

**Date et signature *:***