



# Evolutions 2025 des aides du catalogue des interventions du FIPHFP



## DISPOSITIONS GENERALES

---

**Toute demande d'aide doit être formulée sous le bon dispositif** (pour mémoire : le catalogue des interventions est là pour vous aider et les numéros d'aides indiqués dans le menu déroulant du service Aides sur la plateforme PEP'S sont identiques à ceux sur les fiches catalogue). En effet :

- Les pièces à déposer sont spécifiques à chaque aide
- Les modalités de prise en charge sont propres à chaque aide



Un rejet avec demande de nouveau dépôt de demande sous le bon dispositif vous sera alors formulé en cas de non-respect de cette règle





## DISPOSITIONS GENERALES

---

Le comité national du FIPHFP a décidé de prolonger, à titre dérogatoire et jusqu'au 31 décembre 2026, la mesure visant à ne plus exiger la production de la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les aides suivantes :

- Prothèses auditives
- Fauteuil roulant
- Orthèses et prothèses externes
- Aide aux déplacements en compensation du handicap

Cependant, si l'agent bénéficie d'une PCH au titre de l'une de ces aides, vous devez fournir le justificatif lors du dépôt de la demande d'aide.





# AIDE PROTHÈSES AUDITIVES



## AIDE PROTHESES AUDITIVES

---

L'aide est accordée exclusivement pour l'achat d'audioprothèse(s) prise(s) en charge par la sécurité sociale.

**Pour toute demande d'aide déposée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, sont pris en charge également les frais de réglages et les accessoires et services suivants acquis en même temps que la (les) prothèse(s) : CROS ou BICROS, Piles, Microphone déporté, Chargeur, Assurance.**

Elle ne prend pas en charge le coût d'éléments implantés chirurgicalement (implant, cochléaire, prothèse ostéo-intégrée ...) ni les accessoires autres que ceux cités ci-dessus.

**Le montant maximum de l'aide est de 1 700€.**





# AIDE AU PARCOURS DANS L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES





## AIDE AU PARCOURS DANS L'EMPLOI

---

L'aide est destinée à couvrir les frais à engager dans le cadre du parcours professionnel :

1. **Frais de déménagement** engagés par les personnes qui sont dans l'obligation de déménager afin d'évoluer dans leur emploi ou de le conserver
2. **Equipement pédagogique** nécessaire à l'exécution de la formation de l'apprenti
3. **Besoins individuels spécifiques** à couvrir **pour des personnes en situation de précarité** déterminés sur prescription par le conseiller du Service public de l'Emploi.

L'aide doit être demandée dans les 3 premiers mois suivant le changement de résidence, les 3 premiers mois de scolarité ou de prise de poste.

**Pour toute demande d'aide déposée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, le montant mobilisable passe à 530€. Cette aide est mobilisable à chaque étape du parcours professionnel.**





# LA PRECONISATION MEDICALE : sa durée de validité





# VALIDITE DE LA PRECONISATION MEDICALE

---

**La préconisation médicale** doit être établie par un médecin du travail, un médecin agréé ARS ou par une infirmière en santé au travail sous condition de validation (signature) du médecin du travail (voir page 7 du catalogue).

**La préconisation doit être fournie chaque année avec la demande d'aide**

( ex. : vous formulez une demande pour la mise en place d'une aide auxiliaire pour l'année 2025, vous fournissez alors une préconisation pour cette année 2025. Vous décidez de renouveler votre demande d'aide pour l'année 2026, vous utiliserez alors la préconisation vous ayant servi pour la demande d'aide 2025)

**A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, sa durée de validité passe à 3 ans mais uniquement pour 3 aides**



# VALIDITE DE LA PRECONISATION MEDICALE

---



Une évolution de la durée de validité de la préconisation médicale **pour 3 aides uniquement** :

- L'aide « Aide aux déplacements en compensation du handicap » (page 37 du catalogue)
- L'aide « Auxiliaire dans le cadre des actes quotidiens dans la vie professionnelle » (page 81 du catalogue)
- L'aide « Auxiliaire dans le cadre des activités professionnelles » (page 86 du catalogue)

**Cette évolution est valable pour toute demande de l'une de ces 3 aides déposée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025**





# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP

# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP

---



**Cette aide permet de financer les modes de transports alternatifs aux transports en commun (dès lors que l'agent n'est plus en mesure d'utiliser les transports ou d'utiliser son véhicule personnel).**

Le transport peut être :

- effectués par un prestataire externe (transport adapté, taxi, transport par VTC),
- organisés par l'employeur (transport effectué par un agent de l'employeur rémunéré pour cette fonction ou co-voiturage assuré par un autre agent dans le cadre de ses déplacements habituels).

L'aide peut être mobilisée **de manière temporaire ou discontinue** (ex : pour des personnes dont l'état de santé ne nécessite pas un transport adapté au quotidien (mais qu'en phase de crise par exemple) ou uniquement pour le trajet aller (possibilité d'utiliser une solution alternative pour le retour).



# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP

---



**A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025**, l'obligation de ne pas dépasser le barème journalier de 52,63€ disparaît.

**Le montant maximum pris en charge par le FIPHFP, déduction faite des autres financements, est de 12.000€ par an quel que soit le coût du trajet.**

Pour les déplacements organisés en interne, le montant est calculé sur la base du tarif des indemnités kilométriques (barème des frais de mission des agents civils de l'Etat, véhicule de 5 CV, distance inférieure à 2 000 Km) pour le trajet domicile/travail (soit 0,32€ actuellement)



# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP



Il s'agit d'une **aide avec paiements échelonnés**. Cela signifie que :

- **La demande d'aide doit être déposée pour la totalité de la période préconisée** par le médecin du travail (année civile) → **permet de connaître le montant total de l'aide accordée**

→ **Envoi d'un accord préalable par le FIPHFP**

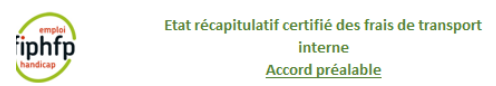
- **Vous choisissez**, lors de la saisie de votre demande sur la plateforme PEP'S **les modalités de versements de l'aide** (tous les trimestres, au semestre ou en une seule fois à l'issue de la réalisation de la prestation de transport)



# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP



- A l'appui d'une aide aux déplacements organisée en interne, vous devrez fournir **une attestation spécifique** appelée « **état récapitulatif certifié des frais de transport en interne – demande d'accord préalable** »



**Entité de l'agent bénéficiaire du transport**  
Nom :   
Prénom :

**date de prescription du transport par la médecine du travail**  
Période concernée :  à

**Nombre de Km journaliers entre le domicile et le lieu de travail :**

**Nombre de jours de transport pour la période**

Montant journalier	-	
Montant total	-	

Déclarer lors de la saisie	
Montant total de la dépense :	-
Nombre de jours :	0

Je, soussigné, atteste que :  
la présente attestation a été établie en tenant compte des règles fixées au catalogue des interventions.  
en cas de contrôle du FIPHP, je devrais produire les documents ayant permis de justifier la présente attestation.

Fait à   
Le    
Nom, Prénom, Signature et Cachet

## Notice explicative

L'état récapitulatif certifié doit être complété, signé et porter le cachet de l'employeur.  
L'utilisation de ce formulaire permet de faciliter les échanges entre l'employeur et le service chargé de la gestion du dossier. Il améliore les délais de traitement.

**Son utilisation est obligatoire.**  
Le FIPHP peut être amené, dans le cadre de contrôles, à demander les justificatifs ayant permis d'établir l'attestation.

**Quand l'utiliser ?**  
L'aide aux déplacements est une aide échelonnée.  
Vous devez demander un accord préalable de prise en charge pour chaque année civile couverte par la prescription en utilisant ce formulaire s'il s'agit d'un transport effectué en Interne.  
Le versement se fera selon la périodicité choisie (trimestre, semestre, annuelle) après production des pièces justificatives (Etat récapitulatif certifié des frais de transport Interne - Demande remboursement).

**L'attestation vous indique les montants à renseigner lors de la saisie de la demande:**  
- Montant total de la dépense  
- Nombre de jours

**Comment l'utiliser ?**  
Vous devez remplir les zones à compléter.  
Vous pouvez alors imprimer, signer le document avec le cachet de l'employeur.  
Le document scanné sera alors joint à la demande d'accord préalable.

**Comprendre les rubriques à compléter**

**Identité de l'agent**  
**Nom** Nom de l'agent bénéficiaire du transport  
**Prénom** Prénom de l'agent bénéficiaire du transport  
**Date de prescription du transport** Date de signature de la prescription par le médecin du travail  
**Période concernée** Période de transport pour laquelle une demande de prise en charge est demandée. La période ne peut excéder une année civile.  
La date de début de période ne peut être antérieure à la date de prescription

► Depuis le 1er janvier 2025, le FIPHP accepte une préconisation d'une durée maximale de 3 ans pour l'aide aux déplacements. La demande de prise en charge devra être renouvelée chaque année civile couverte par la prescription.  
Il s'agit d'une aide dite échelonnée. Vous effectuez une demande d'accord de prise en charge par année civile et vous sélectionnez la périodicité souhaitée pour les paiements. Selon le choix effectué, vous devrez produire les justificatifs par trimestre, semestre ou une fois à la fin de la période.

**Nombre de kilomètres journaliers entre le domicile et le lieu de travail** nombre de kilomètres entre le domicile de l'agent et son lieu de travail pour une journée.

**Nombre de jours de transport pour la période** Nombre de jours de transport prévus sur l'année civile. Vous ne devez pas prendre en compte les périodes de congés.



# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP



- Pour le versement de l'aide : à trimestre/semestre/année échu, le FIPHFP vous demandera de fournir la/les factures de déplacements réalisés sur la période pour paiement et **pour le transport organisé en interne une attestation spécifique appelée « état récapitulatif certifié des frais de transport en interne – demande de remboursement »**

**Etat récapitulatif certifié des frais de transport (interne) Demande de remboursement**

**Identité de l'agent bénéficiaire du transport**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_

**Période de remboursement** \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Nombre de Km journaliers entre le domicile et le lieu de travail** \_\_\_\_\_

**Nombre de jours de transport dans la période**

Montant journalier	-	1
Montant total	-	1

Date à déclarer lors de la saisie	
Montant total de la dépense :	- 1
Nombre de jours :	0

Je soussigné, atteste que :  
la présente attestation a été établie en tenant compte des règles fixées au catalogue des interventions.  
en cas de contrôle du FIPHFP, je devrais produire les documents ayant permis de justifier la présente attestation.

Fait à \_\_\_\_\_  
Le \_\_\_\_\_  
Nom, Prénom, Signature et Cachet

**Notice explicative**

L'état récapitulatif certifié doit être complété, signé et porter le cachet de l'employeur.  
L'utilisation de ce formulaire permet de faciliter les échanges entre l'employeur et le service chargé de la gestion du dossier. Il améliore les délais de traitement.

Son utilisation est obligatoire.  
Le FIPHFP peut être amené, dans le cadre de contrôles, à demander les justificatifs ayant permis d'établir l'attestation.

**Quand l'utiliser ?**  
Vous avez reçu un accord de prise en charge du FIPHFP.  
Vous avez choisi une périodicité déterminée (trimestre, semestre, annuelle) pour demander le remboursement des dépenses engagées.  
Vous devez utiliser ce modèle de document pour déclarer le montant demandé en remboursement.

**L'attestation vous indique les montants à renseigner lors de la saisie de la demande :**

Montant total de la dépense	1
Nombre de jours	1

**Comment l'utiliser ?**  
Vous devez remplir les zones à compléter.  
Vous pouvez alors imprimer, signer le document avec le cachet de l'employeur.  
Le document scanné sera alors joint à la demande de remboursement.

**Comprendre les rubriques à compléter**

**Identité de l'agent**  
Nom Nom de l'agent bénéficiaire du transport  
Prénom Prénom de l'agent bénéficiaire du transport

**Période de remboursement** Période de transport (trimestre, semestre, année) pour laquelle un remboursement est demandé.  
La date de début de période ne peut pas être antérieure à la date de prescription et la date de fin ne peut pas être supérieure à l'année civile de début de période.

**Nombre de kilomètres journaliers entre le domicile et le lieu de travail** nombre de kilomètres entre le domicile de l'agent et son lieu de travail pour une journée.

**Nombre de jours de transport dans la période** Nombre de jours de transport effectués dans la période  
Vous ne devez pas prendre en compte les périodes de congés.





# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP

## LA DUREE DE VALIDITE DE LA PRECONISATION MEDICALE



---

### **Vous déposez une première demande d'aide aux déplacements pour l'année 2025**

- La préconisation médicale fournie à l'appui date de début 2025  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2025, 2026 et 2027
- La préconisation médicale fournie date de 2024 (encore acceptée)  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026

### **Vous déposez en 2025 une demande de renouvellement de prise en charge d'une aide aux déplacements pour l'année 2025**

- Vous pouvez utiliser une préconisation de 2023 ou 2024 qui reste valable pour l'année 2025. Elle sera donc à renouveler en 2026.



La préconisation médicale a une durée de validité de 3 ans à compter de la date de la préconisation.



# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP

## LA DUREE DE VALIDITE DE LA PRECONISATION MEDICALE

---



### **Vous avez déposé en 2024 une demande d'aide aux déplacements pour l'année 2025**

- La préconisation médicale fournie à l'appui date de début 2025  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2025, 2026 et 2027
- La préconisation médicale fournie date de 2024 (encore acceptée,)  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026

### **Vous déposez lors du 1<sup>er</sup> trimestre 2025 une demande de prise en charge rétroactive d'une aide aux déplacements pour l'année 2024**

- La préconisation médicale fournie date de 2024  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026

Pour cette demande rétroactive 2024 déposée en 2025, le double plafond (52.63€ journalier à ne pas dépasser et le montant maximum de 12.000€) s'appliquera.



La préconisation médicale a une durée de validité de 3 ans à compter de la date de la préconisation.



# AIDE AUX DEPLACEMENTS EN COMPENSATION DU HANDICAP

---



## **Pour mémoire :**

Lors du dépôt de toute demande pour l'année prochaine (2026), vous devrez obligatoirement fournir la préconisation médicale en cours de validité.

Une note argumentaire (telle que demandée dans le catalogue). En effet, les solutions mises en œuvre peuvent évoluer.





# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

---



**Cette aide a pour but de compenser un geste professionnel que l'agent ne peut pas réaliser en raison de son handicap et qui est exécuté par une autre personne (auxiliaire professionnelle). Elle ne vise pas à financer un agent qui interviendrait en remplacement de la personne en situation de handicap.**

**L'aidant et l'agent aidé doivent être présents en même temps.**

La fonction d'auxiliaire peut être :

- Réalisée par un prestataire externe
- Organisée par l'employeur en interne



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

---



Le calcul de la prise en charge des frais d'auxiliaire est différent selon que la fonction d'auxiliaire est réalisée par un prestataire externe ou est organisée en interne.

## **Prise en charge des 2/3 de la dépense, dans la limite :**

- d'un plafond horaire fixé sur la base du 1er élément de la prestation de compensation du handicap (1er niveau) pour les prestations en externe (soit : 24.58€ à compter du 01/01/25)
- d'un plafond horaire correspondant à la masse salariale d'un attaché principal d'administration 10ème échelon pour les prestations en interne



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES



Afin de pouvoir instruire votre demande d'aide auxiliaire :

- La préconisation médicale : doit préciser le type de tâches compensées, le nombre d'heures hebdomadaires nécessaires et la durée de l'accompagnement.
- La note argumentaire : doit permettre de comprendre les modalités conduisant à la mise en place d'une auxiliaire de vie professionnelle (description des tâches que l'aidé ne peut plus réaliser, organisation mise en place et tâches transférées à l'aidant).
- L'état déclaratif certifié conforme du nombre d'heures d'auxiliaire de vie professionnelle (uniquement les 2 modèles présents sur le site du FIPHFP) doit être fourni.



## AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

### LA DUREE DE VALIDITE DE LA PRECONISATION MEDICALE



---

#### **Vous déposez une première demande d'aide auxiliaire pour l'année 2025**

- La préconisation médicale fournie à l'appui date de début 2025  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2025, 2026 et 2027
- La préconisation médicale fournie date de 2024 (encore acceptée, )  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026

#### **Vous déposez en 2025 une demande de renouvellement de prise en charge d'une aide auxiliaire pour l'année 2025**

- Vous pouvez utiliser une préconisation de 2023 ou 2024 qui reste valable pour l'année 2025. Elle sera donc à renouveler en 2026.



La préconisation médicale a une durée de validité de 3 ans à compter de la date de la préconisation.





## AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

### LA DUREE DE VALIDITE DE LA PRECONISATION MEDICALE



---

#### **Vous avez déposé en 2024 une demande d'aide auxiliaire pour l'année 2025**

- La préconisation médicale fournie à l'appui date de début 2025  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2025, 2026 et 2027
- La préconisation médicale fournie date de 2024 (encore acceptée, )  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026

#### **Vous déposez lors du 1<sup>er</sup> trimestre 2025 une demande de prise en charge rétroactive d'une aide auxiliaire pour l'année 2024**

- La préconisation médicale fournie date de 2024  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026



La préconisation médicale a une durée de validité de 3 ans à compter de la date de la préconisation.



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES



Il s'agit d'une **aide avec paiements échelonnés**. Cela signifie que :

- **La demande d'aide doit être déposée pour la totalité de la période préconisée** par le médecin du travail (année civile, année de contrat pour les CDD/apprentis, une courte période...) **→ permet de connaître le montant total de l'aide accordée**

**→ Envoi d'un accord préalable par le FIPHFP**

- **Vous choisissez**, lors de la saisie de votre demande sur la plateforme PEP'S **les modalités de versements de l'aide** (tous les trimestres, au semestre ou en une seule fois à l'issue de la réalisation de la prestation de transport)

## ! Sélection de l'aide

Aide : Aides aux déplacements en compensation du handicap

Périodicité : Trimestrielle



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

- A l'appui d'une aide auxiliaire dans le cadre des activités professionnelles, vous devrez fournir un **Etat déclaratif certifié conforme du nombre d'heures d'auxiliaire de vie professionnelle (pour une demande d'accord préalable)**

Etat déclaratif certifié conforme de prise en charge des frais d'auxiliaire dans le cadre des activités professionnelles Accord préalable	
<b>Identité de l'aidé</b> Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>	
<b>Identité de l'auxiliaire</b> Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>	
<b>Date de prescription</b> Période concernée : <input type="text"/> à <input type="text"/>	
<b>Nombre d'heures prescrites par semaine</b>	<input type="text"/>
<b>Nombre de semaines travaillées sur la période</b>	<input type="text"/>
<b>Rémunération mensuelle Auxiliaire de vie</b>	<input type="text"/>
<b>Régime horaire mensuel</b>	151,67
<b>Coût horaire Aidant</b>	<input type="text"/>
<b>A déclarer lors de la saisie</b>	
<b>Montant total de la dépense :</b>	-
<b>Nombre d'heures :</b>	0
Je, soussigné, atteste que : - la présente attestation a été établie en tenant compte des règles fixées au catalogue des interventions. - en cas de contrôle du FIPHFP, je devrais produire les documents ayant permis de justifier la présente attestation.	
Fait à <input type="text"/>	
Le <input type="text"/>	
Nom, Prénom, Signature et Cachet	

Régime horaire de travail de l'aidant

### Notice explicative

L'état certifié doit être complété, signé et porter le cachet de l'employeur.  
L'utilisation de ce formulaire permet de faciliter les échanges entre l'employeur et le service chargé de la gestion du dossier. Il améliore les délais de traitement.

**Son utilisation est obligatoire.**  
Le FIPHFP peut être amené, dans le cadre de contrôles, à demander les justificatifs ayant permis d'établir l'attestation.

**Quand l'utiliser ?**  
L'aide auxiliaire de vie professionnelle est une aide échelonnée.  
Vous devez demander un accord de prise en charge pour chaque année civile couverte par la prescription.

Le versement se fera selon la périodicité choisie (trimestre, semestre, annuelle) après production des pièces justificatives (Etat déclaratif certifié conforme Auxiliaire vie pro - Demande de remboursement).

L'attestation vous indique les montants à indiquer lors de la saisie de la demande :  
- Montant total de la dépense  
- Nombre d'heures

**Comment l'utiliser ?**  
Vous devez remplir les zones à compléter.  
Vous pouvez alors imprimer, signer le document avec le cachet de l'employeur.  
Le document scanné sera alors joint à la demande.

**Comprendre les rubriques à compléter**

**Identité de l'aidé**  
Nom Nom de l'aidé  
Prénom Prénom de l'aidé

**Identité de l'auxiliaire**  
Nom Nom de l'auxiliaire  
Prénom Prénom de l'auxiliaire

**Date de prescription** Date prescription par la médecine du travail

**Période concernée** Période d'auxiliarat concernée  
La date de début de période ne peut être antérieure à la date de prescription  
La période ne peut excéder une année civile.  
► Depuis le 1er janvier 2025, le FIPHFP accepte une préconisation d'une durée maximale de 3 ans pour l'aide aux déplacements. La demande de prise en charge devra être renouvelée chaque année civile couverte par la prescription.  
Pour mémoire, il s'agit d'une aide dite échelonnée. Vous effectuez une demande par année civile et vous sélectionnez la périodicité souhaitée pour les paiements. Selon le choix effectué, vous devrez produire les justificatifs par trimestre, semestre ou une fois à la fin de la période.

**Nombre d'heures prescrites par semaine** Nombre d'heures d'auxiliaire de vie professionnelle prescrites par semaine.

**Nombre de semaines travaillées sur la période** Nombre d'heures pour la période de la demande. Il s'agit du nombre de semaines effectivement travaillées dans la période (les congés ne sont pas pris en compte). Seul le temps de présence où l'aidant et l'aidé sont simultanément présents peut être comptabilisé.

**Rémunération mensuelle de l'auxiliaire de vie** Rémunération brute + Charges patronales

**Régime horaire** vous devez indiquer le régime de travail mensuel de l'auxiliaire (ex :151,67 h).



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

- A l'appui d'une aide auxiliaire dans le cadre des activités professionnelles, vous devrez fournir un **Etat déclaratif certifié conforme du nombre d'heures d'auxiliaire de vie professionnelle trimestriel (pour une demande de remboursement)**

**fiphfp** Etat déclaratif certifié conforme de prise en charge des frais d'auxiliaire dans le cadre des activités professionnelles  
**Demande de remboursement**

**Identité de l'aidé** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
**Identité de l'auxiliaire de vie** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Période		Période		Période		Période		
JANVIE R	Nombre d'heures effectuées Aidé	Nombre d'heures effectuées Auxiliaire	JANVIE R	Nombre d'heures effectuées Aidé	Nombre d'heures effectuées Auxiliaire	FÉVRIE R	Nombre d'heures effectuées Aidé	Nombre d'heures effectuées Auxiliaire
1			1			1		
2			2			2		
3			3			3		
4			4			4		
5			5			5		
6			6			6		
7			7			7		
8			8			8		
9			9			9		
10			10			10		
11			11			11		
12			12			12		
13			13			13		
14			14			14		
15			15			15		
16			16			16		
17			17			17		
18			18			18		
19			19			19		
20			20			20		
21			21			21		
22			22			22		
23			23			23		
24			24			24		
25			25			25		
26			26			26		
27			27			27		
28			28			28		
29			29			29		
30			30			30		
31			31			31		
<b>TOTAL</b>	0	0	<b>TOTAL</b>	0	0	<b>TOTAL</b>	0	0

Régime horaire	Coût horaire Aidant	Régime horaire	Coût horaire Aidant	Régime horaire	Coût horaire Aidant
151,67	-	151,67	-	151,67	-

**A déclarer lors de la saisie**  
Montant total de la d. : 1  
Nombre d'heures : 0

Je, soussigné, atteste que :  
- la présente attestation a été établie en tenant compte des règles fixées au catalogue des interventions.  
- en cas de contrôle du FIPHP, je devrais produire les documents ayant permis de justifier la présente attestation.

Fait à \_\_\_\_\_

## Notice explicative

L'état certifié doit être complété, signé et porter le cachet de l'employeur.  
L'utilisation de ce formulaire permet de faciliter les échanges entre l'employeur et le service chargé de la gestion du dossier. Il améliore les délais de traitement.  
Son utilisation est obligatoire.  
Le FIPHP peut être amené, dans le cadre de contrôles, à demander les justificatifs ayant permis d'établir l'attestation.

**Quand l'utiliser ?**  
Vous avez reçu un accord de prise en charge du FIPHP.  
Vous avez choisi une périodicité déterminée (trimestre, semestre, annuelle) pour demander le remboursement des dépenses engagées.  
Vous devez utiliser ce modèle de document pour déclarer le montant demandé en remboursement.

**L'attestation vous indique les montants à indiquer lors de la saisie de la demande :**  
- Montant total de la dépense  
- Nombre d'heures

**Comment l'utiliser ?**  
Vous devez remplir les zones à compléter.  
Vous pouvez alors imprimer, signer le document avec le cachet de l'employeur.  
Le document scanné sera alors joint à la demande.

**Comprendre les rubriques à compléter**

**Identité de l'aidé**

**Nom** Nom de l'aidé

**Prénom** Prénom de l'aidé

**Identité de l'auxiliaire**

**Nom** Nom de l'auxiliaire

**Prénom** Prénom de l'auxiliaire

Vous devez établir une attestation par Auxiliaire

**Période**

Lors de la demande de remboursement, vous devez indiquer la date de début de période concernée. Le tableau est construit pour un trimestre. Etablissez 2 tableaux pour une demande semestrielle ...

**Nombre d'heures effectuées aidé** nombre d'heures effectivement travaillées par l'aidé. Le FIPHP ne prend pas en charge le coût de l'aident pendant les périodes d'absence, de congés maladie de l'aidé, etc.

**Nombre d'heures effectuées de l'auxiliaire** nombre d'heures d'auxiliaire de vie professionnelle effectivement réalisées dans la limite de la prescription du médecin du travail.

Seul le temps de présence où l'aident et l'aidé sont simultanément présents peut être comptabilisé.

**Rémunération mensuelle de l'auxiliaire de vie** Rémunération brute + Charges patronales pour le mois  
**Régime horaire** Vous devez indiquer le régime de travail mensuel de l'auxiliaire (ex : 151,07 h).



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

---



## **Pour mémoire :**

Lors du dépôt de toute demande pour l'année prochaine (2026), vous devrez obligatoirement fournir la préconisation médicale en cours de validité.

Une note argumentaire (telle que demandée dans le catalogue). En effet, les solutions mises en œuvre peuvent évoluer.





# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTES QUOTIDIENS DANS LA VIE PROFESSIONNELLE



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTES QUOTIDIENS DE LA VIE PROFESSIONNELLE

---



**Cette aide a pour objectif de compenser le handicap de l'agent dans le cadre des activités de la vie quotidienne pendant le temps de travail par l'intervention d'une aide humaine externe.**

Le FIPFHP prend en charge les aides à la personne dans le cadre des activités quotidiennes pendant le temps de travail. Il s'agit d'actes qualifiés devant être réalisés par un professionnel extérieur à la structure.

L'objectif est de compenser la perte d'autonomie de la personne face aux actes de la vie quotidienne susceptibles d'intervenir dans le cadre professionnels (aide au repas, au transfert, aux déplacements, etc.).

**Le FIPFHP prend en charge :**

- **dans la limite d'un plafond horaire fixé sur la base du 1er élément de la prestation de compensation du handicap (1er niveau) (24.58€ de l'heure au 01/01/2025)**
- **dans la limite de 5 heures par jour**



# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTES QUOTIDIENS DE LA VIE PROFESSIONNELLE

## LA DUREE DE VALIDITE DE LA PRECONISATION MEDICALE



---

### **Vous déposez une première demande d'aide auxiliaire pour l'année 2025**

- La préconisation médicale fournie à l'appui date de début 2025  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2025, 2026 et 2027
- La préconisation médicale fournie date de 2024 (encore acceptée, )  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026

### **Vous déposez en 2025 une demande de renouvellement de prise en charge d'une aide auxiliaire pour l'année 2025**

- Vous pouvez utiliser une préconisation de 2023 ou 2024 qui reste valable pour l'année 2025. Elle sera donc à renouveler en 2026.



La préconisation médicale a une durée de validité de 3 ans à compter de la date de la préconisation.





# AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTES QUOTIDIENS DE LA VIE PROFESSIONNELLE

## LA DUREE DE VALIDITE DE LA PRECONISATION MEDICALE



---

### **Vous avez déposé en 2024 une demande d'aide auxiliaire pour l'année 2025**

- La préconisation médicale fournie à l'appui date de début 2025  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2025, 2026 et 2027
- La préconisation médicale fournie date de 2024 (encore acceptée, )  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026

### **Vous déposez lors du 1<sup>er</sup> trimestre 2025 une demande de prise en charge rétroactive d'une aide auxiliaire pour l'année 2024**

- La préconisation médicale fournie date de 2024  
Sa durée de validité est de 3 ans : 2024, 2025 et 2026



La préconisation médicale a une durée de validité de 3 ans à compter de la date de la préconisation.



## AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTES QUOTIDIENS DE LA VIE PROFESSIONNELLE

---

### **Pour mémoire :**

Lors du dépôt de toute demande pour l'année prochaine (2026), vous devrez obligatoirement fournir la préconisation médicale en cours de validité.





## AIDE AUXILIAIRE DANS LE CADRE DES ACTES QUOTIDIENS DE LA VIE PROFESSIONNELLE

---

Il s'agit d'une **aide avec paiements échelonnés**. Cela signifie que :

- **La demande d'aide doit être déposée pour la totalité de la période préconisée** par le médecin du travail (année civile)  **permet de connaître le montant total de l'aide accordée**

 **Envoi d'un accord préalable par le FIPHFP**

- **Vous choisissez**, lors de la saisie de votre demande sur la plateforme PEP'S **les modalités de versements de l'aide** (tous les trimestres, au semestre ou en une seule fois à l'issue de la réalisation de la prestation de transport)

 **Sélection de l'aide**

Aide : Aides aux déplacements en compensation du  
  
Périodicité : Trimestrielle





# AIDE À L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP





## AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

---

### **Des règles de calcul du surcoût clarifiées pour les demandes déposées à compter du 1<sup>er</sup> janvier :**

- Le taux de prise en charge est de 90% du surcoût lié au handicap
- Le tableau de surcoût a été revu et doit être fourni pour toute demande d'aide





## AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

---

- Cette aide a pour objectif de **permettre l'insertion et/ou le maintien dans l'emploi par l'adaptation du poste de travail d'une personne handicapée**. Elle vise à prendre en charge les surcoûts liés à la compensation du handicap.
- Cette aide a également pour objectif de permettre aux agents en situation de handicap dont la fonction nécessite des déplacements professionnels d'assurer leurs missions.  
**Cette aide est ouverte aux :**
  - bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE)
  - agents aptes avec restriction

**Le montant maximum est de 10 000 euros.**





## AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

---

- ➔ permet de financer l'aménagement technique du poste de travail pour compenser le handicap de la personne.
- ➔ peut financer des **travaux d'accessibilité** au poste de travail quand cela ne relève pas de l'obligation d'accessibilité.
- ➔ peut être mobilisée **dans le cadre du télétravail** pour financer le surcoût du poste de travail au domicile de l'agent
- ➔ peut être demandée pour la prise en charge **d'un aménagement situé dans le centre de formation de l'apprenti (CFA)** quand cela ne relève pas de l'obligation d'accessibilité du CFA.





## AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

---

**L'aide du FIPHFP ne se substitue pas aux obligations légales de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels, d'amélioration des conditions de travail ou de mise aux normes d'hygiène et de sécurité.**

**Compte tenu de l'obligation d'aménagement qui doit être mise en œuvre par l'employeur, le FIPHFP ne finance pas l'intégralité du surcoût lié à la compensation du handicap.**



**Prise en charge de 90% du surcoût pour les dossiers déposés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025**







## AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

### La préconisation du médecin de prévention/ du travail ou agréé ARS doit :

- Être antérieure à la date de la facture ou du devis
- Dater de moins d'un an par rapport à la date de dépôt de la demande d'aide sur la plateforme PEP'S
- Comporter la liste du matériel permettant la compensation du handicap

Une étude ergonomique peut être fournie mais, pour être valable, doit être signée/validée par le médecin de prévention/du travail.

La demande d'aide doit **OBLIGATOIREMENT** comporter le nouveau tableau de surcoût pour être étudiée

Afin de pouvoir payer l'aide accordée, la facture du matériel doit être **ACQUITTEE ou MANDATEE** (il vous faudra produire la preuve du paiement de la facture).

La facture doit dater de moins d'un an par rapport à la date de dépôt sur la plateforme PEP





## AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

---

**Le renouvellement du financement des matériels** ou équipements financés en adaptation du poste de travail, dans une logique de compensation des surcoûts, ne peut avoir lieu que dans les cas suivants :

- l'aggravation du handicap,
- l'évolution de la situation de travail,
- l'obsolescence liée à l'évolution technologique,
- l'usure du matériel, dans un délai qui ne peut être inférieur à 5 ans par rapport à la date d'achat du matériel initial.



# AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

## Le nouveau tableau de surcoût

---



Permet de justifier le montant demander lors du dépôt de votre demande d'aide



Donne le montant à indiquer lors de la saisie de votre demande d'aide (calcul automatique)



Le tableau de surcoût comporte une notice explicative vous permettant de le remplir plus facilement.



**La demande d'aide à l'adaptation du poste de travail doit OBLIGATOIREMENT comporter le nouveau tableau de surcoût pour être étudiée**







# AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL



## Tableau de surcoût lié à la compensation du handicap dans le cas d'un aménagement technique

### Informations relatives à l'agent

Nom :

Agent pour lequel l'aménagement est sollicité

Prénom :

### Descriptif du poste de travail et ancienneté dans le poste.

Dans quel service travaille l'agent ? Quelles sont les principales fonctions exercées ? Depuis quand l'agent exerce-t-il ce poste ?

**Si une étude de poste précisant ces points a été jointe à la demande : vous pouvez ne pas compléter la partie « descriptif »**

### Informations concernant la prescription de l'aménagement

Date de prescription

Date prévue de mise en place de l'aménagement (devis)





# AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

Matériels utilisés avant l'adaptation	Coût (a)	Matériels préconisés	Coût (b)	Surcoût lié à la compensation du handicap (b-a)	Montant pris en charge par le FIPHFP si validation de la demande (90% du surcoût)
SIEGE DE BUREAU	367,85 €	FAUTEUIL ERGONOMIQUE	2 051,10 €	1 683,25 €	1 514,93 €
PORTE COPIES	46,79 €	PORTE DOCUMENTS	142,80 €	96,01 €	86,41 €
BRAS POUR ECRAN DOUBLE	84,61 €	BRAS ARTICULES	298,80 €	214,19 €	192,77 €
BUREAU	436,57 €	BUREAU ELECTRIQUE	894,12 €	457,55 €	411,80 €
				- €	- €
Matériels obligatoires dont dispose l'agent pour travailler avant adaptation de poste	Coût TTC du matériel existant	Matériels préconisés par le médecin de prévention	Coût TTC indiqué sur le devis du matériel préconisé	- €	- €
				- €	- €
				- €	- €
				- €	- €
	935,82 €		3 386,82 €	2 451,00 €	2 206 €

à déclarer lors de la saisie	
Montant total de la dépense	2 206 €

Total des montants pris en charge par le FIPHFP

Le médecin a préconisé pour un agent :

- Un fauteuil ergonomique
- Un porte documents
- Deux bras articulés
- Un bureau électrique

Un/des devis ont été réalisés

Les montants indiqués sont TTC car non récupération de la TVA





## AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

Calcul du surcoût (selon tableau de surcoût)

**Montant du matériel préconisé – Montant du matériel utilisé par l'agent avant l'adaptation  
= surcoût lié à la compensation du handicap**

Pour cet exemple :

- Le fauteuil préconisé par le médecin de prévention coûte 2051.10€
- Le siège dont dispose actuellement l'agent est d'un montant de 367.85€

Le surcoût de compensation sera donc de :  $2051.10€ - 367.85€ = 1\ 683.25€$



**Le FIPHFP prend en charge 90% du montant du surcoût**

Pour cet exemple :

$1\ 683.25€ \times 90\% = 1\ 514.93€$  pris en charge par le FIPHFP





# AIDE A L'ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

---

**Pour être prise en compte, ne pas oublier de dater, signer et apposer le cachet de l'employeur sollicitant l'aide**

Je, soussigné, atteste que :

- les éléments transmis dans le cadre du présent document ont été établis de façon sincère et représente une image fidèle de la situation
- en cas de contrôle du FIPHFP, je devrais produire les documents ayant permis de justifier la présente attestation.

Fait à

Le

Nom, Prénom, Signature et Cachet







MERCI DE VOTRE ATTENTION

