**PRESTATIONS D’APPUIS SPECIFIQUES**

**HANDICAPS PSYCHIQUE – MENTAL – TROUBLES COGNITIFS (à partir du 15 octobre 2018)**

**HANDICAPS AUDITIF – MOTEUR – VISUEL (à partir du 19 février 2019)**

**FICHE DE PRESCRIPTION**

*Chaque prestation doit faire l’objet d’une fiche de prescription et de restitution. L’ensemble des éléments de la fiche de prescription doit être renseigné par le prescripteur.*

La communication de données médicales à l’Agefiph et à ses prestataires n’étant pas requise, nous vous remercions de bien vouloir ne pas en faire état dans la fiche de prescription ou dans tout autre support dans le cadre du marché Prestations d'Appuis Spécifiques.

***Raison sociale du Prestataire sollicité :***

***Région (menu déroulant) :***

***Prestation d’Appui Spécifique Demandée :***

Auditif :  Visuel :  Moteur :  Troubles cognitifs :  Mental :  Psychique :

**Identité et coordonnées du prescripteur**

Nom de l’organisme (Cap emploi, Mission Locale, Pôle emploi, DR, DTH) ou raison sociale de l’employeur :

***Si le prescripteur est un employeur, préciser les points suivants :***

- le secteur d’activité : **Public**  **Privé**

***Si Public, type de fonction publique (menu déroulant)* :**

- Siret :

- Code NAF :

- Effectif d’établissement :

***Si employeur Privé :***

- Accord agrée : **Oui** **Non**

- Taux d’emploi à 6% : **Oui**  **Non**

- EA ou ESAT : **Oui**  **Non**

- Convention Agefiph : **Oui**  **Non**

***Si employeur Public : Convention Fiphfp :* Oui**  **Non**

***Pour tous les employeurs :***

Raison sociale:

Distribution spéciale :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 :       BP :

N° :       Rue ou lieu-dit :

Code postal :       Commune :

Correspondant / prescripteur : Nom :       Prénom:

Fonction du correspondant / prescripteur :

Tél *:*       Email :

**Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire**

Monsieur:  Madame :  Nom :       Prénom :

Date de naissance :

N° :       Rue ou lieu-dit :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 :       BP :

Code postal :       Commune :

Tél :       Email :

**Situation de la personne bénéficiaire**

***Handicap principal :*** Auditif  Moteur  Visuel  Psychique  Mental  Trouble cognitif Si Multi-Handicap, merci de préciser :

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

Salarié (privé) :  Agent FP D’état :  Agent FP territoriale : Agent de la FP hospitalière :

En recherche d’emploi :  Travail non salarié :  Stagiaire de la formation pro :

***Type de contrat :*** CDD  CDI  Intérim

***Durée du contrat :*** Temps plein  Temps partiel

***Secteur d’activité si en emploi (menu déroulant) :***

***Autre type de contrat* :** Contrat de génération  Emploi d’avenir :  PEC (ex : CUI-CIE / CAE) :

Emploi Franc  Apprentissage  Professionnalisation

Si employé dans un EA, le bénéficiaire fait-il partie des effectifs de : Production Administratif

Le bénéficiaire est : en poste  En arrêt de travail

***Date d’embauche / inscription Pole emploi*** :

**Bénéficiaire de minima sociaux :** Non  Oui  (préciser) :

***Reconnaissance du handicap* : *Niveau de formation :* *Niveau de qualification :***

MDPH/CDA marché du travail  Niveau VI  Manœuvre, ouvrier spécialisé

En attente de reconnaissance  Niveau Vbis  Ouvrier qualifié

Uniquement AAH  Niveau V  Employé non qualifié

Uniquement Carte d’invalidité  Niveau IV  Employé qualifié

Pension ou rente d’invalidité  Niveau III  Agent de maîtrise, technicien

Autres (préciser) :  Niveau I à II  Cadre

Travailleur non salarié

Qualification et expérience professionnelle :

*Merci de joindre un CV pour le prestataire si possible*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prestations dont a déjà bénéficié la personne :** | | |
| **Date (Format : JJMMAAAA)** | **Situation professionnelle** | **Type de prestation / Intitulé  (Agefiph ou autre)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Prescription**

***Cadre de la mobilisation :***

La prestation est-elle mobilisée :

* dans le cadre d’un accompagnement **Vers**  **Dans**  l’emploi
* dans le cadre d’une formation : **Oui**  **Non**

Si **Oui** 🡪 dans le cadre de la RHF (Ressource Handicap Formation)? **Oui**  **Non**

* dans le cadre d’un renouvellement pour prolongation de la durée d’une prestation en cours ? **Oui**  **Non**

Si **Oui** 🡪 la DR Agefiph a-t-elle bien validé la demande : **Oui**  **Non**

La prestation est-elle mobilisée dans le cadre du dispositif de l’Emploi Accompagné ? **Oui**  **Non**

Si oui, merci de préciser :

**Evaluation préliminaire**

**Accompagnement de la personne**

**Accompagnement de l’employeur**

***Prestation et module demandés (un seul module doit-être initialement prescrit) :***

Pré-diagnostic

Bilan complémentaire sur la situation de la personne

Appui Expert pour prévenir et/ou résoudre les situations de rupture

*Appui à l’employeur et/ou à l’organisme de formation*

*Accompagnement de la personne*

*Veille*

Handicaps : Auditif / Visuel / Moteur :

Appui Expert à la réalisation du projet professionnel

*Mise en œuvre des techniques de compensation*

*Appui à l’employeur et/ou à l’organisme de formation*

*Veille*

Appui Expert sur le projet professionnel

*Evaluation des capacités fonctionnelles*

*Identification et développements des techniques de compensation*

Handicaps : Psychique / Mental / Troubles cognitifs :

Appui Expert à la réalisation du projet professionnel

*Appui à l’accompagnement vers l’emploi / formation*

*Appui à l’accompagnement dans l’emploi / formation*

*Veille*

Appui Expert sur le projet professionnel

*Diagnostic approfondi*

*Identification et développements des techniques de compensation*

*Appui à l’élaboration/validation du projet professionnel*

*Appui à la validation du projet professionnel (si uniquement ce besoin)*

**Exposé du contexte de la demande, des besoins identifiés et des attentes particulières**

*(y compris en cas de renouvellement d'une prestation) cf. article 3.1 du cahier des charges*

Contexte de la demande :

Besoins identifiés :

Attentes particulières :

***Conditions d’intervention :***

Chez le prestataire  Chez le prescripteur  En centre de formation  Sur le lieu de travail

Sans le prescripteur  Avec le prescripteur

Avec un spécialiste de matériel (fournisseur, plateforme, etc.)

***Personne à contacter pour la mise en œuvre : organisme de formation, employeur ou spécialiste d’aides techniques,***

Nom de l’organisme ou de l’employeur :

Raison sociale :

Distribution spéciale :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 :       BP :

N° *:*       Rue ou lieu-dit :

Code postal :       Commune *:*

Nom *:*       Prénom :

Fonction :       Code NAF *:*

Tél *:*       Email *:*

***Adresse du lieu d’intervention si différente :***

Raison sociale :

Distribution spéciale :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 :       BP :

N° :       Rue ou lieu-dit :

Code postal :       Commune :

**Délais de réalisation souhaités :**

Echéance particulière (début de contrat, de formation/ délai de 48 heures Appui expert pour prévenir et/ou résoudre les situations de rupture…) :

***Bénéficiaire :***

**Le bénéficiaire a confirmé son accord pour la prestation prescrite et la démarche proposée lors de l’entretien de la (date) :**

**Date et signature :**      

***Prescripteur :***

**Date de l’envoi au prestataire:**      

**Date et signature *:***      