

**PRESTATION SPECIFIQUE D’ORIENTATION PROFESSIONNELLE (PSOP)**

**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 doivent être renseignés par le prescripteur.

La communication de données médicales à l’Agefiph et 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 destiné à l'Agefiph dans le cadre du marché PSOP.

**Cadre de la mobilisation**

**1.Cette 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

**2.Cette prestation est mobilisée dans le cadre d’un accompagnement :**

VERS l’EMPLOI □ DANS l’EMPLOI □

Si l’accompagnement est dans l’emploi, s’agit-il d’un :

Maintien dans l’emploi □ Maintien de l’employabilité □

**3.La prestation nécessite-t-elle un déplacement** Oui □ Non □ Si oui, estimation de la durée …… (km, heure)

**Identité et coordonnées du prescripteur**

**□ Cap Emploi □ Pôle Emploi □ Mission Locale □ Comète □ CEP (Cap Emploi/Pôle Emploi ou Mission Locale)**

**Code postal du prescripteur : …………….**

|  |
| --- |
| **Correspondant/prescripteur : Nom Prénom :****Email du correspondant/prescripteur :**  |
| **Fonction du correspondant prescripteur :** |

**Identité et coordonnées du prestataire sollicité**

Raison sociale :

Distribution spéciale :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 : BP :

N° : Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

**Pour les salariés : identité et coordonnées de l’entreprise (employeur du bénéficiaire)**

Siret :

Code NAF :

Effectif salarié :

Raison sociale :

Distribution spéciale :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 : BP :

N° : Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

Correspondant : Nom Prénom

Tel : Mail :

**Situation de la personne handicapée bénéficiaire**

Monsieur : □ / Madame : □ Nom : Prénom :

Date de naissance :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 : BP :

N° : Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

Tel : Mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statut :**Salarié (privé) □ Agent FP :  Etat □  Territoriale □ Hospitalière □Demandeur d’emploi □Travailleur indépendant/non-salarié □  | **Salarié - Situation par rapport à l’emploi :**En poste □ Poste occupé :En arrêt de travail □ En IJ : Oui □ Non □Contrat de travail :Date d’embauche :CDI □CDD □ préciser la durée :Intérim □CUI-CIE □CUI-CAE □PEC □Contrat de professionnalisation □Contrat d’apprentissage □ | **Demandeur d’emploi - Situation par rapport à l’emploi :**Depuis :Moins d’un an □De 1 à moins de 2 ans □2 ans et plus □ Inscrit à Pôle Emploi :Oui □ Non □Bénéficiaire d’un minima social :Oui □ Non □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Handicap principal :**Auditif □Moteur □Visuel □Psychique □Mental □Trouble cognitif □Maladie invalidante □Multi-handicap □Si oui, préciser : | **Reconnaissance du handicap :**RQTH □En attente de reconnaissance □Uniquement AAH □Uniquement Carte d’invalidité **ou** Carte Mobilité inclusion, mention « Invalidité » □Pension ou rente d’invalidité □Autres (préciser) □ | **Niveau de formation :**Niveau VI □Niveau Vbis □Niveau V □Niveau IV □Niveau III □Niveau I à II □ | **Niveau de qualification :**Manœuvres, ouvriers spécialisés □Ouvriers qualifiés □Employés non qualifiés □Employés qualifiés □Agents de maîtrise, techniciens □Cadres □Travailleurs non salarié □ |

Qualification et expérience professionnelle :

Merci de joindre un CV pour le prestataire si possible :

**Prestations dont a déjà bénéficié la personne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Situation professionnelle** | **Type de prestation *(intitulé, préciser droit commun/spécifique (ex : Pôle Emploi, Conseil régionale…)*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

**Contexte de la demande :**

**Besoins identifiés :**

**Attentes particulières : motifs de la prescription, les attendus (pistes éventuelles à explorer) :**

**Restrictions d’aptitudes connues et/ou difficultés rencontrées :**

**Maintien de l’employabilité :**

**Identification des besoins en compensation**

**Besoins en compensation identifiés :**

**Personne à contacter/organisme à solliciter en cas d’aides techniques, humaines…**

Nom Prénom :

Raison sociale :

Tel : Mail :

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 (arrêt de travail, procédure légale d’inaptitude, promesse d’embauche…) :**

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

**Date d’envoi au prestataire :**

**Date et signature du prescripteur : Date et signature du bénéficiaire :**