



Demande de prise en charge individuelle

PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

DÉFI EMPLOI / DÉFI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Effectif : moins de 11 salariés uniquement

L'ENTREPRISE

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° IDCC : N° adhérent :

N° SIRET :

Personne à contacter :

Tél :

Email :

OCAPIAT

DIRECTION GESTION SIEGE

20 Place des Vins de France CS11240

75603 PARIS cedex 12

Le dépôt de la demande vaut acceptation des conditions générales d'OCAPIAT.

Conditions générales disponibles sur le site internet www.ocapiat.fr

L'ACTION DE FORMATION

Intitulé de la formation :

Date de début : Date de fin :

DÉFI EMPLOI : vous avez recruté récemment un salarié en CDI ou en CDD d'au moins 6 mois et vous voulez lui faire suivre une formation interne.

DÉFI MAINTIEN DANS L'EMPLOI : Vous êtes sujets à des périodes de baisse d'activité ou d'inactivité, vous traversez des difficultés économiques passagères ou des circonstances exceptionnelles (Intempéries, sinistres, difficultés d'approvisionnement...).

LE PRESTATAIRE (issu du réseau référencé par OCAPIAT)

Raison sociale :

N° de déclaration d'activité :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° SIRET :

Assujetti à la TVA : Oui Non

Tél :

Em@il :

LE FORMATEUR INTERNE

Nom & prénom	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise

J'atteste que le formateur interne est bien salarié ou dirigeant de l'entreprise bénéficiaire de la prise en charge (si le demandeur est un Groupement d'employeur/GEIQ/Service de remplacement/CUMA : se référer aux conditions spécifiques de la formation interne, prévues dans les conditions générales

<https://www.ocapiat.fr/wp-content/uploads/Conditions-specifiques-internes-DEF.pdf>).

LE SALARIÉ FORMÉ

Nom & prénom	NIR*(Numéro de Sécurité Sociale)	Sexe (F/H)	CSP (catégorie socioprofessionnelle)	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise (jj/mm/aaaa)	Type de contrat	Reconnu travailleur handicapé (oui/non)

*NIR : numéro de sécurité sociale français, officiellement appelé Numéro d'Inscription au Répertoire des personnes physiques.

•Ce numéro est notamment inscrit sur la carte vitale des personnes majeures, en-dessous du nom et du prénom du porteur.

•Seuls les OPCA sont habilités à collecter le NIR et uniquement pour AGORA.

Si ma demande concerne un DEFI EMPLOI :

J'atteste que le salarié formé a bien été recruté en CDI ou CDD de 6 mois minimum dans l'entreprise bénéficiaire de la prise en charge

Si ma demande concerne un DEFI MAINTIEN DANS L'EMPLOI : j'atteste que mon entreprise est sujette :

soit à une période de baisse d'activité ou d'inactivité

soit traverse des difficultés économiques passagères

soit des circonstances exceptionnelles (Intempéries, sinistres, difficultés d'approvisionnement...) Précisez :

**À RENSEIGNER
OBLIGATOIREMENT**



Demande de prise en charge individuelle PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

DÉFI EMPLOI / DÉFI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Effectif : **moins de 11 salariés uniquement**

LES COÛTS FORFAITAIRES

Intervention prestataire / salarié formé	Formation interne / salarié formé	Total DEFI EMPLOI / salarié formé
1 200 € HT	3 300 € HT	4 500 € HT

LES MODALITES DE FINANCEMENT

Entreprise de moins de 11 salariés : pour la formation interne de mes salariés nouvellement recrutés en CDI ou CDD de 6 mois minimum pour DEFI Emploi ou à temps plein pour DEFI Maintien dans l'Emploi, je souhaite accéder à une prise en charge de l'intervention du prestataire et du coût forfaitaire de formation interne à hauteur de 55 % en contrepartie de l'adhésion à l'offre volontaire « DÉFI EMPLOI / DÉFI MAINTIEN DANS L'EMPLOI » avec versement volontaire à hauteur de 45 % du coût de formation interne (soit 1 485 € HT / salarié formé).

Conditions d'accès :

- 10 prises en charge DÉFI EMPLOI maximum par entreprise et par an,
- Les contrats aidés ainsi que les contrats parents/enfants sont exclus du dispositif DÉFI EMPLOI,
- Le temps de travail doit être supérieur ou égal à 80% (base 35 heures) pour DEFI Emploi,
- Un même salarié ne peut bénéficier du dispositif qu'une fois tous les 5 ans.

LES PIECES JUSTIFICATIVES (A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE)

Au préalable du démarrage de l'action et 1 mois maximum après le recrutement si DÉFI EMPLOI ou selon l'événement exceptionnel si DÉFI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

- La présente demande de prise en charge complétée et signée
- La copie de la convention de formation signée par l'employeur et le prestataire
- Le Protocole individuel de Formation (P.I.F. modèle OCAPIAT)

Après la réalisation de l'action et 1 mois maximum après la fin de la formation

- La facture du prestataire
- Le certificat de réalisation de l'action complété par le dispensateur de formation

LA VALIDATION

Fait le : _____ A : _____

Signature et cachet de l'entreprise (obligatoire) :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande

Les informations nominatives, financières et pédagogiques contenues dans le présent document sont exclusivement exploitées par OCAPIAT. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès d'OCAPIAT par voie postale ou à dpd@ocapiat.fr et vous référer aux mentions légales et politique de confidentialité d'OCAPIAT disponibles sur www.ocapiat.fr

Depuis le 1er avril 2019 (arrêté du 29 mars 2019), OCAPIAT est agréé Opérateur de compétences par le ministère du travail.

Coordonnées de votre direction régionale OCAPIAT : sur www.ocapiat.fr

Coordonnées du siège : Lotissement 41, 128 rue La Boétie, 75008 Paris

N° SIRET : 844 752 006 00016 - Code APE : 9499Z- N° TVA intracommunautaire : FR80844752006

