

FORMULAIRE DE DEMANDE

PLATEFORME DE PRÊTS D'AIDES TECHNIQUES

Solutions de compensation du handicap pour l'emploi et la formation

Service mobilisable pour un besoin d'aide technique identifiée (avec caractéristiques détaillées)

Identité et coordonnées du prescripteur

Nom de l'organisme :

Adresse :

Nom Prénom du correspondant :

Tél : Courriel :

Identité et coordonnées du prestataire sollicité

Nom de l'organisme : CENTICH

Adresse : 51 rue du Vallon 49000 ANGERS

Nom Prénom du correspondant : Catherine YVINEC

Tél : 02 41 73 98 78 Courriel : contact.at@centich.fr

Coordonnées de l'organisme de formation ou de l'employeur

Nom de l'organisme de formation ou de l'employeur :

Si employeur : Secteur privé ☐ Secteur public ☐

Adresse :

Nom Prénom :

Tél : Courriel :

Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire

Nom Prénom :

Adresse :

Tél : Courriel : Age :

Situation de la personne bénéficiaire

Déficience : Auditive ☐ Visuelle ☐ Moteur/MCI ☐ TND ☐ Psychique ☐

Statut : Demandeur d'emploi ☐ Salarié secteur privé ☐ Salarié secteur public ☐

Précisez : Interim ☐ CDD ☐ CDI ☐

Stagiaire formation prof. : ☐

En contrat d'apprentissage/professionnalisation : ☐

Secteur privé ☐ secteur public ☐

Si contrat d'apprentissage/professionnalisation, besoin en aides techniques en entreprise : oui ☐ non ☐

Autre ☐ Précisez :

Exposé de la situation, durée souhaitée et préciser le lieu d'intervention

51, rue du Vallon
49000 Angers
tél. 02 41 73 98 78

contact.at@centich.fr
h.fr

pdl.vyv3.fr

Raisons de la demande

En attente d'aménagement de poste ☐
Aide technique défectueuse ☐
Passage d'un examen ☐
Test pour compatibilité logicielle ☐
Autre ☐ Précisez :

Types d'aides techniques

Famille de l'aide technique (télé agrandisseur, logiciels spécifiques, système d'alerte....)
(à renseigner obligatoirement)

Modèle/Caractéristiques détaillées de l'aide technique :
(à renseigner obligatoirement)

Informations complémentaires

Personne à contacter pour la mise en œuvre de la prestation :

Bénéficiaire ☐ Prescripteur ☐ Centre de formation ☐ Employeur ☐

Appui Spécifique ou autre dispositif : en cours ☐ réalisé ☐ Précisez le dispositif :

Concernant les prescripteurs non référencés

Validation Agefiph ☐ Dérogation Agefiph ☐

☐ Accordé
☐ Refusé Motif :

Nom de l'interlocuteur Agefiph décisionnaire :

Date :

Validation et signature par le bénéficiaire :

J'accepte que les données relatives aux évaluations fonctionnelles que j'aurais réalisées soient transmises aux différents professionnels intervenant dans le cadre de la demande de prêts d'aides techniques :

Oui ☐ Non ☐

Date :

Signature :

51, rue du Villon
49000 Angers
tél. 02 41 73 98 78

contact.at@centic
h.fr

pdl.vyv3.fr