**Formulaire de demande**

**Plateforme de prêts et d’acquisition d’aides techniques**

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

**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](mailto:contact.at@centich.fr)

**Coordonnées de l’organisme de formation ou de l’employeur**

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

Adresse :

Nom Prénom :

Tél : Courriel : Secteur privé  Secteur public

**Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire**

Nom Prénom :

Adresse :

Tél : Courriel :

**Situation de la personne bénéficiaire**

Age :

Déficience : Auditive  Visuelle  Moteur/MCI  TND  Psychique

Statut : En recherche d’emploi  Salarié secteur privé  Salarié secteur public  CDD  CDI Interim

Stagiaire formation prof.  En contrat d’apprentissage/professionnalisation

Autre  Précisez :

Si en contrat d’apprentissage, besoin en aide technique en entreprise : oui  non

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

|  |
| --- |
|  |

**Raisons de la demande**

|  |
| --- |
| En attente d’achat d’aide technique  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….)  Modèle/Caractéristiques détaillées de l’aide technique : |

**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

**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 :**