**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

 **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 :**