

Situation de handicap Fiez-vous aux compétences !



Demande de remboursement total ou partiel

des dépenses réalisées au titre de la compensation du handicap d'un agent.

Secteur handicap du MAA
Bureau de l'action sanitaire et sociale
78 rue de Varenne
75349 Paris 07 SP

<mailto:correspondant-handicap.sg@agriculture.gouv.fr>

Tél : 01 49 55 53 35

Tél : 01 49 55 49 13

Les agents en situation de handicap travaillant au ministère chargé de l'agriculture peuvent bénéficier d'aides techniques et humaines destinées à compenser leur handicap ou à favoriser leur maintien dans l'emploi. S'agissant d'aides ayant un lien avec l'activité professionnelle, les demandes doivent être obligatoirement motivées par le médecin de prévention de la structure qui emploie l'agent.

Procédure : Après accord du pôle handicap sur le montant de la prise en charge, la structures (AC, DRAAF, DDI, EPLEFPA, enseignement supérieur...) commande et paye les prestations à titre d'avance. Ce n'est qu'après la production des factures et autres documents listés ci-dessous que le Bureau de l'Action Sanitaire et Sociale (BASS), suivant les critères établis par le FIPHFP, remboursera les services. Le délai moyen de versement des crédits aux structures est d'environ 1 à 2 mois. Ces aides sont répertoriées dans le catalogue consultable sur le site www.fiphfp.fr ou sur le site du ministère dédié au handicap <http://handicap.agriculture.gouv.fr/>

NOM ET ADRESSE DE LA STRUCTURE	<input type="text"/>
REGION	<input type="text"/>
Personne en charge du dossier	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>
Date de la demande	<input type="text"/>
NOM/PRENOM de l'agent	<input type="text"/>

N° de l'agent (AGORHA)	<input type="text"/>
Adresse mail de l'agent concerné	<input type="text"/>
L'agent utilisera les moyens de compensation, objet de la présente demande, au moins 6 mois après la première utilisation (départ retraite, mutation ...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires éventuels :	<input type="text"/>
Type de handicap au sens de la loi 2005-102	<input type="text"/>
Justificatif du handicap joint à la demande	<input type="text"/>

Nom du fournisseur	Montant en €	Pièces jointes (devis...)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COÛT TOTAL (T1)	<input type="text"/>	

Si équipement également utilisé en dehors de la sphère professionnelle	Montant en €	Pièces jointes
Montant pris en charge par la sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant pris en charge par la mutuelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant de la prestation compensation du handicap (PCH)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL PRIS EN CHARGE (T2)	<input type="text"/>	

RESTE A CHARGE (= T1 -T2)	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

MONTANT ACCORDE PAR LE SECTEUR HANDICAP :

Montant de l'éventuelle avance :

Montant du solde à verser :

NOTA : le bénéficiaire de la présente aide doit être informé qu'il sera comptabilisé comme travailleur handicapé (information non nominative) dans la déclaration annuelle (DOETH) établie et transmise chaque année par le ministère au FIPHP (loi 2005-102 du 11 février 2005).

Cadre réservé au pôle Handicap

- Accusé de réception

Oui

Non

Date de réception

Personne en charge du dossier

- Complétude du dossier

Dossier complet

Oui

Non

Liste des pièces manquantes :

- Reconnaissance administrative de handicap (RQTH, Certificat d'inaptitude, ...)
- Préconisation médicale du médecin de prévention
- Devis (dans un premier temps, pour accord préalable)
- Facture acquittée (dans un deuxième temps, pour le remboursement)
- Justificatifs des remboursements : sécurité sociale, mutuelle, PCH (ou récépissé de dépôt du dossier / notification de refus)
- RIB de l'agent (Si l'agent possède un compte bancaire joint, une attestation bancaire doit être complétée et signée par les deux titulaires du compte – pièce jointe)

- Accord préalable (sur Devis)

Oui

Non

Sur la base du devis, l'estimation du remboursement est de :

Commentaires éventuels :

ATTESTATION BANCAIRE

(à ne renseigner que dans le cas d'un compte joint)

Nous, soussignés,

certifions que le compte bancaire n°

ouvert à

comportant la mention M. et/ou Mme

est un compte joint entre conjoints.

Fait le,

Signature de l'agent

Signature du conjoint

Suivi du dossier

Dates du paiement

--

Historique des échanges

--