



Formulaire de remboursement "Agent" Aménagement relevant à la fois de la sphère professionnelle et privée

Demande de remboursement total ou partiel Dépenses réalisées au titre de la compensation du handicap au travail

Pôle handicap

Bureau de l'action sanitaire et sociale (BASS)
78 rue de Varenne
75349 Paris 07 SP

Courriel : pole-handicap.sg@agriculture.gouv.fr

Tél : 01 49 55 58 32

Tél : 01 49 55 49 13

Les agents en situation de handicap employés et rémunérés par le ministère en charge de l'agriculture peuvent bénéficier d'aides matérielles, techniques, humaines ou de formation destinées à les accompagner dans le cadre de leur recrutement, leur insertion professionnelle, leur maintien dans l'emploi ou leur reconversion professionnelle pour raison de santé.

L'agent doit être en activité, il n'y a pas de prise en charge possible pendant un arrêt maladie.

La préconisation du médecin du travail de la structure qui emploie l'agent n'est plus exigée par le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) pour les prothèses auditives, le fauteuil roulant et les orthèses.

NB : en cas d'absence de médecin du travail, il est possible de faire appel au médecin agréé, dont la liste est disponible auprès de la préfecture et de l'Agence régionale de santé (ARS).

Pour en savoir plus sur les aides à la compensation du handicap : consulter la [Rubrique Handicap](#) de l'intranet du ministère et le [site du ministère dédié aux situations de handicap](#).

Procédure à suivre pour transmettre votre demande au BASS / pôle handicap du Ministère :

1. Constitution du dossier par le service RH de proximité ;
2. Transmission du présent formulaire dûment complété par la structure, accompagné des justificatifs requis, pour obtenir un accord préalable du ministère avant l'achat ;
3. Obtention de "l'accord préalable" du Pôle handicap : recevabilité de la demande, notification du montant prise en charge sur présentation du devis et suivant les critères établis par le FIPHFP ;
4. L'agent (ou la structure si elle a accepté une prise en charge de l'avance de paiement*) commande et paie les prestations à titre d'avance ;
5. A l'appui de la facture acquittée, et autres justificatifs le cas échéant, le pôle handicap rembourse l'agent ou la structure.

NB : Le délai de versement des crédits dépend du délai de transmission de la facture acquittée au pôle handicap, après obtention de l'accord préalable.

* En cas de difficultés de l'agent à engager la dépense, la structure peut prendre en charge le financement à titre d'avance. Cette dernière sera ensuite directement remboursée par le pôle handicap.

***Tout dossier incomplet ne pourra être traité
et sera, par conséquent, retourné au destinataire***

Il est recommandé d'utiliser la version numérique de ce formulaire PDF afin d'accéder à la liste déroulante de certains champs

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 (RenoïRH)	<input type="text"/>
Position administrative	<input type="text"/>
La demande est-elle liée aux suites d'un accident de service/trajet dont l'imputabilité au service a été reconnue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de prise de poste de l'agent au sein du ministère (mois/année)	<input type="text"/>
Pièce administrative justifiant du handicap jointe à la demande	<input type="text"/>
L'agent a-t-il fait une demande de PCH* ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Prestation de compensation du Handicap

SE RÉFÉRER A LA FICHE CONCERNÉE POUR CONNAITRE LA LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES NÉCESSAIRES A L'INSTRUCTION DE LA DEMANDE

En complément des documents obligatoires, des pièces complémentaires peuvent être demandées en fonction des situations.

Calcul du remboursement demandé

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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COÛT TOTAL (T1)	<input type="text"/>	(uniquement le devis retenu par l'agent)

<u>Si équipement également utilisé en dehors de la sphère professionnelle</u>	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 de compensation du handicap (PCH)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres (par ex. aide collectivité locale)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL PRIS EN CHARGE (T2)	<input type="text"/>	

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

Formulaire à adresser complété à : pole-handicap.sg@agriculture.gouv.fr

A noter :

- la décision du choix du matériel revient à l'agent ;
- tout changement de compte bancaire intervenant entre la date de l'accord préalable et le remboursement doit au plus vite être notifié auprès du Pôle handicap.

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

Ressources utiles

- [Rubrique Handicap](#) sur l'intranet du ministère ;
- [Site internet du ministère dédié aux situations de handicap](#) ;
- [Agents en situation de handicap au ministère en charge de l'agriculture - ChloroFil.fr](#)

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