



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 53 35

Tél : 01 49 55 49 13

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

L'agent doit **être en activité**, il n'y a donc 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 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 et le [site du ministère dédié au 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 (p. 2 et 3) accompagné des justificatifs requis pour obtenir un accord préalable du ministère avant l'achat ;
3. Obtention de "l'accord préalable" du Pôle handicap sur le montant de la prise en charge 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 des factures et autres justificatifs à fournir, le pôle handicap rembourse l'agent ou la structure.

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

* **En cas de difficultés particulières de l'agent** à engager la dépense, la structure peut prendre en charge le financement de l'équipement à titre d'avance. Dans ce cas d'espèce, la structure sera ensuite remboursée par le BASS.

***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
Type de handicap au sens de la loi 2005-102	<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...)
COÛT TOTAL (T1)		(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		
Montant pris en charge par la mutuelle		
Montant de la prestation de compensation du handicap (PCH)		
Autres (par ex. aide collectivité locale)		
TOTAL PRIS EN CHARGE (T2)		

RESTE A CHARGE (= T1 -T2)	
----------------------------------	--

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

Cadre réservé au Pôle handicap

- Accord préalable (sur devis)

Oui

Non

Liste des pièces manquantes en vue de l'obtention de l'accord préalable :

- Reconnaissance administrative de handicap (RQTH, Certificat d'inaptitude, AAH,..)
- Préconisation médicale du médecin du travail spécifique à l'aménagement du véhicule personnel
- Devis retenu par l'agent, il devra faire ressortir les remboursements notamment au titre du régime obligatoire et des mutuelles
- Dernière notification d'octroi ou de refus de la PCH
- Autre à préciser

A noter que la décision du choix du matériel revient à l'agent.

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

Liste des pièces manquantes pour le remboursement partiel ou total :

- Facture acquittée/mandatée
- Justificatifs de remboursement de droit commun : décompte de la sécurité sociale et mutuelle
- 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 - cf. pièce jointe p.5).

Autre à préciser

A noter : 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.

Commentaires éventuels :

- Dossier complet

Oui

Non

NOTA : 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).

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

Date du paiement

--

Historique des échanges

--