



**MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

***Demande de remboursement total ou partiel
des dépenses réalisées au titre de la
compensation du handicap d'un agent.***

<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.

La préconisation de la médecine de prévention de la structure qui emploie l'agent n'est plus demandée pour les prothèses auditives, autres prothèses, fauteuil roulant.

Procédure : Après accord du pôle handicap sur le montant de la prise en charge, l'agent (ou la structure en cas de prise en charge de l'avance de paiement) 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) remboursera l'agent ou la structure. Le délai moyen de versement des crédits est d'environ 1 mois, sous réserve de la complétude du dossier. 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/>

En cas de difficultés particulières de l'agent à engager les dépenses, c'est alors l'établissement qui prendra en charge à titre d'avance et qui sera ensuite remboursé par le BASS.

NOM ET ADRESSE DE LA
STRUCTURE

REGION

Personne en charge du dossier

Téléphone

Adresse mail

Date de la demande

NOM/PRENOM de l'agent

N° de l'agent (RenoïRH)

Adresse mail de l'agent concerné

Type de handicap au sens de la loi 2005-102

Justificatif du handicap joint à la demande

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"/>	(selon les devis choisis)

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) (cette pièce n'est plus exigée jusqu'au 31/12/2022)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL PRIS EN CHARGE (T2)	<input type="text"/>	

RESTE A CHARGE (= T1 -T2)

Cadre réservé au pôle Handicap

- **Accusé de réception**

Oui

Non

Date de réception

- **Complétude du dossier**

Dossier complet

Oui

Non

Liste des pièces manquantes :

- Reconnaissance administrative de handicap (RQTH, Certificat d'inaptitude, ...)
- Devis (dans un premier temps, pour accord préalable. La décision du choix du matériel revient à l'agent.)
- Facture acquittée (dans un deuxième temps, pour le remboursement)
- Justificatifs des remboursements : sécurité sociale, mutuelle, (la PCH ou le récépissé de dépôt du dossier / notification de refus ne sont plus exigés jusqu'au 31/12/2022)
- 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 :

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 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