



Formulaire de prescription d'un service

« Accompagnement à la création ou à la reprise d'une entreprise »

A compléter et signer par le prescripteur puis à transmettre au prestataire.

Le prestataire doit obligatoirement télécharger ce formulaire dans l'extranet de l'Agefiph.

Ce formulaire comporte des données personnelles et doit être sécurisé :

- Dans sa transmission
- Dans sa conservation

Avertissement : Le présent document ne doit contenir **aucune donnée à caractère personnel concernant la santé¹ de la personne en situation de handicap**, telle que la désignation d'une maladie, la nature d'un handicap, des diagnostics et antécédents médicaux, un traitement médical, le recours à des médecins spécialistes ou encore l'orientation vers une structure de soin spécialisée.

Identification de la personne en situation de handicap

Civilité * : Madame Monsieur

Nom de naissance * :

Nom d'usage * :

Prénom * : Date de naissance * :

Adresse mail * :

Téléphone * :

Code postal * : Ville :

Représentant légal de la personne en situation de handicap

A compléter obligatoirement si la personne en situation de handicap concernée est mineure ou sous protection juridique (tutelle, curatelle...)

Tuteur / curateur personne physique ou Interlocuteur principal dans le cas d'une personne morale

Civilité : Madame Monsieur Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

E-mail :

Téléphone :

Dans le cas d'un tuteur personne morale préciser également

Siret de l'organisme :

Fonction de l'interlocuteur :

¹ Le règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), entré en application le 25 mai 2018, procède à une définition des données de santé "l'ensemble des données se rapportant à l'état de santé d'une personne concernée qui révèlent des informations sur l'état de santé physique ou mentale passé, présent ou futur de la personne concernée".

Situation de la personne en situation de handicap

Situation professionnelle lors de la mobilisation du service * :

Salarié Travailleur non salarié Personne en contrat de sécurisation professionnelle

I Intermittent du spectacle Travailleur en ESAT Elève /étudiant

En recherche d'emploi inscrit sur la liste Pôle emploi

En recherche d'emploi non-inscrit sur la liste Pôle emploi

Si le bénéficiaire est en recherche d'emploi (inscrit ou non sur la liste PE) préciser depuis quand :

Moins d'un an Un an à moins de deux ans Deux ans et plus

Si la personne en situation de handicap est salariée

Type de contrat : CDD Mission d'intérim CDI Contrat d'apprentissage

Contrat de professionnalisation CDDT Contrat de mission en EATT Autre

SIRET (ou n° URSSAF s'il s'agit d'un particulier) de l'employeur :

Cocher la case si l'employeur est une entreprise adaptée (EA) :

Niveau de formation : Niveau 1 (sans niveau spécifique)

Niveau 2 (sans diplôme ou diplôme national du Brevet) Niveau 3 (CAP,BEP...)

Niveau 4 (Bac général, professionnel, technique, BP, etc.) Niveau 5 (BTS, DUT, etc.)

Niveau 6 (licence, master 1) Niveau 7 (Master, etc.) Niveau 8 (Doctorat)

Titre de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi * :

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la Cotorep ou la CDAPH

Allocation adulte handicapé (AAH)

Carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ou carte d'invalidité

Titulaire d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle

En attente de reconnaissance

Notification CDAPH (ex CDES uniquement dans le cas d'un contrat en alternance)

Autre catégorie (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés...)

Prescripteur du service d'accompagnement

Type d'organisme * : France Travail Cap Emploi Mission locale DR Agefiph

Conseil en évolution professionnelle Autre (prescripteur régional habilité) Code postal :

Organisme :

Prescripteur référent (signataire de la prescription)

Fonction :

Nom * :

Prénom * :

Adresse mail du référent *

Téléphone (ligne directe) *

Prescription

Présentation du projet envisagé * :

Création d'une entreprise Reprise d'une entreprise existante

Code postal du lieu de la création / reprise * : Ville :

→ *Exposé succinct du projet de création ou de reprise d'une entreprise*

Démarches réalisées :

Formation en lien avec le projet Formation à la création d'activité Autre

Points d'attention dans le cadre de l'accompagnement du projet

→ *Points d'attention par rapport à d'éventuelles difficultés identifiées (marketing, gestion...)*

→ *Points d'attention sur d'éventuelles limitations liées au handicap à prendre en compte dans le projet de création*

→ *Modalités de compensation prévues/à prévoir*

Les besoins et/ou attentes particulières feront l'objet d'un échange entre le prescripteur et le prestataire.

Prestataire vers lequel la personne en situation de handicap est orientée

Coordonnées

Nom de la structure *

Mail *

Téléphone

Validation et signature du prescripteur

Le prescripteur référent donne son accord pour le service prescrit et la démarche proposée.

Date de validation * :

Nom du référent :

Prénom :

Signature du prescripteur * :