



l'opca des acteurs de la ville

15, rue des Sablons - BP 2122 - 75771 Paris cedex 16

RENSEIGNEMENTS ET INFORMATIONS :

**Sévrine Fischer 01 53 65 77 97**

sevrine.fischer@habitat-formation.fr

Du lundi au vendredi de **9h à 12h** et les **MARDIS** et **JEUDIS TOUTE LA JOURNÉE**

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UN CIF/CDI

Pour une formation débutant entre  
le 1.1.12 et le 30.6.12

Envoi des dossiers du **26.9.11** au **7.10.11**

LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI

EXAMEN PAR LA COMMISSION LE : **9 novembre 2011**

TOUT ENVOI EFFECTUÉ **APRÈS LES ÉCHÉANCES**, VOUS SERA RETOURNÉ SANS ÊTRE ENREGISTRÉ

Pour être **ENREGISTRÉ** votre dossier doit **CONTENIR IMPÉRATIVEMENT** :

### Les documents remplis et fournis par LE SALARIÉ

- La demande de prise en charge (*feuille 1*)
- La photocopie des 3 derniers bulletins de salaire
- Un curriculum-vitae
- Le contrat justifiant de 2 ans d'activité salarié, dont 1 an d'ancienneté chez l'employeur
- Le RIB du salarié

#### ***Le cas échéant***

- Le procès-verbal du jury, si la demande fait suite à une VAE
- La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

### Les documents remplis et fournis par L'ORGANISME DE FORMATION

- Le descriptif de l'organisme et de l'action de formation (*feuille 2*)
- Le programme pédagogique
- Le RIB de l'organisme de formation

### Les documents remplis et fournis par L'EMPLOYEUR

- L'autorisation d'absence signée (*feuille 3*)
- Les éléments financiers (*feuille 4*)
- Le RIB de l'entreprise

### IMPORTANT

■ Les dossiers doivent **IMPÉRATIVEMENT** être **ENVOYÉS** par **LETTRE RECOMMANDÉE AVEC AR**.

■ Tout dossier **INCOMPLET VOUS SERA RETOURNÉ** (sans attribution de n° d'enregistrement) afin que vous le complétiez et le renvoyiez dans les dates de dépôt. **VEILLEZ À BIEN JOINDRE L'AUTORISATION D'ABSENCE**.

■ Dès l'arrivée de votre dossier, un **NUMÉRO** lui sera attribué. **N'OUBLIEZ PAS DE LE RAPPELER** lors de chaque contact avec nos services.

VOUS DEVEZ JOINDRE À CE DOSSIER VOS 3 DERNIERS BULLETINS  
DE SALAIRE, ACCOMPAGNÉS DES PIÈCES DEMANDÉES

S'agit-il d'une première demande de CIF ?  OUI  NON

Dans le cas d'un renouvellement, précisez le n° de dossier de votre précédente demande       déposée le

## IDENTITÉ

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance         N° Sécurité sociale

Lieu de naissance  N° département

Adresse

Code Postal  Ville

Téléphone domicile  Téléphone professionnel

MÉL :  @  Fax

Si vous bénéficiez d'une reconnaissance en la qualité de travailleur handicapé, joindre le justificatif et préciser :  SI COTOREP : . . . . % - CATEGORIE . . . . .

SI CDAPH : SIMPLE  LOURD

## NIVEAU D'ÉTUDES

I N T I T U L É

DIPLÔME OBTENU

1.  DEA / DESS / MASTER / DOCTORAT / INGÉNIEUR...  OUI  NON

2.  LICENCE / MAÎTRISE...  OUI  NON

3.  BTS / DUT / DEUG...  OUI  NON

4.  BAC / BAC PRO / BP / BT...  OUI  NON

5.  BEP / CAP...  OUI  NON

6.  SANS DIPLÔME

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Date d'entrée dans votre entreprise actuelle       Ancienneté professionnelle\*  ans

CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE :  OUVRIER NON QUALIFIÉ  OUVRIER QUALIFIÉ  EMPLOYÉ  AGENT DE MAÎTRISE  INGÉNIEUR OU CADRE

Emploi actuel :

\*En tant que salarié (e) même hors de votre entreprise actuelle

Les informations demandées sur ce formulaire sont nécessaires pour le traitement et le suivi de votre demande. Elles sont destinées à l'usage unique d'Habitat Formation. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande, adressez-vous à : donnees-personnelles@habitat-formation.fr.

**SI VOUS AVEZ DÉJÀ BÉNÉFICIÉ DE LA PRISE EN CHARGE D'UN CIF, PRÉCISEZ :**

L'intitulé de la formation suivie : \_\_\_\_\_

Dates de la formation suivie : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... Durée : \_\_\_\_\_ heures

Quel organisme paritaire l'a financée : \_\_\_\_\_

**SI VOUS AVEZ RÉALISÉ L'UNE DES ACTIONS SUIVANTES :**

- Validation des acquis de l'expérience
  - Bilan de compétences
- } Vous devez joindre un justificatif

**LA MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE**

- Accès à un niveau supérieur de qualification
- Changement d'activité ou de profession (reconversion)
- Ouverture à la culture
- Ouverture à la vie sociale et à l'exercice des responsabilités associatives bénévoles
- Perfectionnement professionnel

<u>SIGNATURE DU SALARIÉ</u>
<p><b>IMPORTANT :</b></p> <p>Aucune modification de ce dossier ne sera acceptée après la décision d'Habitat-Formation.</p>

MERCI DE REMPLIR CE DOSSIER AVEC PRÉCISION MÊME SI LES  
RÉSULTATS ÉVENTUELS DE SÉLECTION NE SONT PAS ENCORE CONNUS.

## IDENTITÉ

Nom ou raison sociale

Adresse

Code Postal  Ville

Téléphone  Personne à contacter :  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M.

Fax  MÉL : @

N° d'enregistrement  SIRET

## Adresse de règlement *(à préciser si différente de l'adresse ci-dessus)*

Adresse :

Code Postal :  Ville :

Téléphone :  Fax

MÉL : @

## Lieu de formation

Adresse :

Code Postal :  Ville :

Téléphone :  Fax

MÉL : @

## DESCRIPTIF DE LA FORMATION

Intitulé de la formation :

FORMATION EN PRÉSENTIEL  COURS DU SOIR  FORMATION À DISTANCE  FORMATION PAR CORRESPONDANCE

Résultats de la sélection éventuelle :  ADMIS  RÉSULTATS INCONNUS À CE JOUR

## Reconnaissance prévue à l'issue de la formation

Diplôme d'État

Certification professionnelle enregistrée au RNCP

Date de parution au Journal officiel :

Autre type de reconnaissance

Précisez :

## Niveau visé :

1. DEA - MASTER - DOCTORAT  2. LICENCE - MAÎTRISE  3. BTS - DUT - DEUG  4. BT - BAC - BP  5. CAP - BEP  6. PAS DE SANCTION

## CALENDRIER DE LA FORMATION

Date de début  Date de fin

Enseignement théorique  heures —————> soit  heures par semaine

Stage en entreprise  heures —————> soit  heures par semaine

Travail de recherche  heures —————> soit  heures par semaine

Durée totale de la formation  heures

Soit  jours

**La totalité de ces heures doit être justifiée par une attestation de présence.**

Indiquez les périodes d'interruption de la formation (congés), soit —————>  semaines

Du

Au  inclus  inclus  inclus  inclus  inclus

### Précisez le déroulement de la formation

**Formation à temps partiel**  
(durée inférieure à 30 heures / semaine, stage en entreprise compris, hors travail personnel)

**Formation à temps plein**  
(durée moyenne supérieure ou égale à 30 h / semaine, hors travail personnel)

Précisez si la formation est  en continu (sans interruption, sauf pour des courtes périodes de congés)  en discontinu

Précisez le nombre de semaines de formation (stage en entreprise compris)  semaines

### Précisez les horaires du planning hebdomadaire

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
<i>Matin</i>	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....
<i>Après-midi</i>	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....

### DEVIS À ÉTABLIR POUR LA DURÉE DE LA FORMATION DEMANDÉE

*Ne mentionnez pas les frais annexes tels que frais de livres, de tests, de matériel personnel, d'uniforme, de repas, d'hébergement : ils ne sont pas pris en compte pour le remboursement des frais pédagogiques.*

Pour la **DURÉE TOTALE** de la formation sur laquelle porte la demande de prise en charge, précisez :

■ **FRAIS D'INSCRIPTION** : \_\_\_\_\_ € TTC

■ **COÛT PÉDAGOGIQUE** : \_\_\_\_\_ € TTC

**TOTAL TTC** : \_\_\_\_\_ € TTC

} **Aucune modification de ces coûts ne sera acceptée**

Je soussigné(e)  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_ atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et avoir remis le contenu pédagogique de la formation.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME DE FORMATION**  
**OBLIGATOIRES**

La demande d'autorisation d'absence requiert le respect de délais précis. Elle doit être déposée auprès de votre employeur :

- 60 jours avant le début de la formation s'il s'agit d'une absence à temps plein de moins de 6 mois ou d'une formation à temps partiel.
- 120 jours s'il s'agit d'une absence de 6 mois et plus à temps plein.

NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_ N° D'ADHÉRENT : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_ MÉL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DU DOSSIER :  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. \_\_\_\_\_

## Demande d'autorisation d'absence

(EXIGÉE PAR LA LOI ET ADRESSÉE PAR LE SALARIÉ À L'EMPLOYEUR)

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e),  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. \_\_\_\_\_ salarié(e) dans l'entreprise sollicite une autorisation d'absence, au titre d'un Congé individuel de formation.

Je souhaite en effet, suivre une action de formation intitulée : \_\_\_\_\_ organisée par \_\_\_\_\_ d'une durée de \_\_\_\_\_ jours de travail qui aura lieu du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201 . au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201 . et se déroulera à temps plein / temps partiel\* sur (durée en heures avec répartition des séances) \_\_\_\_\_ heures.

Cette autorisation d'absence ne deviendra effective qu'au vu de la confirmation par l'organisme de formation de mon inscription, et après acceptation de ma part des conditions de prise en charge financière décidées par Habitat-Formation.

Dans l'attente de votre accord, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes sentiments distingués.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

LE DEMANDEUR

Je soussigné (e)  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_ autorise  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. \_\_\_\_\_ à effectuer son CIF du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

LE DIRECTEUR

**IMPORTANT** : assurez-vous que les informations indiquées sur ce document sont bien conformes à celles données par l'organisme de formation. En cas de non concordance, les informations prises en compte par Habitat-Formation seront celles mentionnées par l'organisme de formation.

\*Rayer la mention inutile

Les informations demandées sur ce formulaire sont nécessaires pour le traitement et le suivi de votre demande. Elles sont destinées à l'usage unique d'Habitat Formation. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande, adressez-vous à : donnees-personnelles@habitat-formation.fr.

## ÉLÉMENTS FINANCIERS

## A. Calcul du salaire horaire brut de référence

VOTRE N° D'ADHÉRENT : \_\_\_\_\_

Mois de référence pour le calcul du présent tableau : \_\_\_\_\_

## 1) Éléments à caractère mensuel

SALAIRE MENSUEL DE BASE : \_\_\_\_\_ €

PRIMES MENSUELLES : \_\_\_\_\_ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) \_\_\_\_\_

Total par mois : \_\_\_\_\_ € (a)

Soit pour une année (ax12) : \_\_\_\_\_ € (b)

## 2) Éléments à caractère annuel (total des versements au titre de primes trimestrielles, semestrielles ou annuelles, ayant un caractère de salaire) :

\_\_\_\_\_ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) \_\_\_\_\_

Total : \_\_\_\_\_ € (c)

Rémunération annuelle brute (b + c) : \_\_\_\_\_ € (d)

Horaire mensuel moyen : \_\_\_\_\_ heures telles qu'elles sont indiquées sur le bulletin de salaire (e)

Salaire horaire brut de référence : (d) x  $\frac{1}{12 \times (e)}$  x  $\frac{52}{47}$  = \_\_\_\_\_ € / h

## B. Taux de charges patronales (sociales et fiscales) à appliquer

- 50 % : taux forfaitaire pour les adhérents **soumis** à la taxe sur les salaires
- 45 % : taux forfaitaire pour les adhérents **non soumis** à la taxe sur les salaires
- taux réel** : \_\_\_\_\_ % (merci de joindre tous les justificatifs utiles) <sup>(1)</sup>

## C. Horaires habituels de travail

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Matin	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....
Après-midi	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....

Je soussigné (e)  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_atteste l'exactitude de ces renseignements et certifie que  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. \_\_\_\_\_ est en CDI DE DROIT PRIVÉ<sup>(1)</sup> Demandez-nous un formulaire destiné au calcul détaillé des charges, ainsi que la liste des justificatifs à rassembler.