



l'opca des acteurs de la ville

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

FAX : 01 53 65 77 88 www.habitat-formation.fr

fonds d'assurance formation - code naf 9412Z - n°siret 327 561 841 00047

RENSEIGNEMENTS ET INFORMATIONS :

Sandrine Besse 01 53 65 77 79

sandrine.besse@habitat-formation.fr

DÈS L'ARRIVÉE DE VOTRE DOSSIER,
UN NUMÉRO LUI SERA ATTRIBUÉ.
N'OUBLIEZ PAS DE LE RAPPELER LORS
DE CHAQUE CONTACT AVEC NOS
SERVICES.

Demande de prise en charge d'un congé de bilan de compétences

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

LES DOCUMENTS REMPLIS ET FOURNIS PAR LE SALARIÉ

- La demande de prise en charge à remplir par le salarié (FEUILLET 1)
- La photocopie des 4 derniers bulletins de salaire
- La photocopie de vos certificats de travail attestant de votre ancienneté en qualité de salarié :
 - ✓ en Contrat à durée indéterminée (CDI) : les certificats sont nécessaires uniquement si les 5 ans d'ancienneté n'ont pas été acquis dans l'entreprise actuelle
 - ✓ en Contrat à durée déterminée (CDD) : les certificats attestant de 24 mois d'activité salariée au cours des 5 dernières années, dont 4 mois en CDD au cours des 12 derniers mois.
- Le BIAF (Bordereau individuel d'accès à la formation) pour les demandes en CDD
- La copie de la carte d'identité ou de la carte de résident

LES DOCUMENTS REMPLIS ET FOURNIS PAR L'ORGANISME PRESTATAIRE

- Le descriptif du bilan de compétences (FEUILLET 2)
- La présentation de l'organisme prestataire si celui-ci n'est pas encore agréé par Habitat Formation
- Un Relevé d'identité bancaire (RIB)

LE DOCUMENT REMPLI ET FOURNI PAR L'EMPLOYEUR⁽¹⁾

- Le calcul des sommes donnant lieu au remboursement (FEUILLET 4)

LE DOCUMENT REMPLI PAR LE SALARIÉ ET L'EMPLOYEUR⁽¹⁾

- Une autorisation d'absence comportant les dates de réalisation du bilan (FEUILLET 3)

LE DOCUMENT REMPLI PAR LE CENTRE DE BILANS ET LE SALARIÉ

- 3 exemplaires de la convention tripartite signés par le centre de bilan et par le salarié

⁽¹⁾ Uniquement si le bilan de compétences a lieu pendant le temps de travail

DESCRIPTIF DU BILAN DE COMPÉTENCES

(À REMPLIR PAR L'ORGANISME PRESTATAIRE)

FEUILLET
N° 2

Organisme prestataire :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Adresse mél. : _____@_____

N° d'enregistrement : N° Siret :

Resp. administratif : M^{me} M^{lle} M. _____

Resp. du suivi du bilan : M^{me} M^{lle} M. _____

Prénom et nom M^{me} M^{lle} M. _____

du bénéficiaire du bilan :

Déroulement du bilan (méthodes, techniques et outils prévus) : _____

Nombre d'heures d'entretien (hors tests) : _____ heures

Nombre d'heures de tests : _____ heures

Nombre d'heures de travail de recherche : _____ heures

Nombre d'heures au total : _____ heures

Dates de réalisation du bilan :

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

de _____ h à _____ h

Lieu de réalisation du bilan :

Coût TTC du bilan : _____ €

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent descriptif et atteste avoir pris connaissance que la prise en charge d'Habitat Formation est plafonnée à 1200 € pour 24h.

Fait à _____, le _____

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME PRESTATAIRE DU BILAN (obligatoire)

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

(À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI LE BILAN EST RÉALISÉ SUR LE TEMPS DE TRAVAIL)

Cette demande est exigée par la loi. Elle requiert le respect d'un délai précis.
Elle doit être déposée auprès de l'employeur 60 jours avant le début du bilan de compétences.

Demande d'autorisation d'absence

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e), M^{me} M^{lle} M. _____ salarié(e) dans l'entreprise depuis le _____ sollicite une autorisation d'absence, au titre d'un congé de bilan de compétences.

Je souhaite en effet effectuer ce bilan avec le centre de bilan : _____ d'une durée de _____ heures de travail réparties comme suit :

le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h	le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h
le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h	le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h
le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h	le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h
le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h	le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h
le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h	le ___ / ___ / 200 .. de ___ h à ___ h

Cette autorisation d'absence ne deviendra effective qu'au vu de la confirmation par l'organisme prestataire 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 salutations distinguées.

Fait à _____, le _____

LE DEMANDEUR

Nom de l'employeur : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Téléphone : _____ Mail : _____@_____

Code adhérent :

Responsable du dossier : M^{me} M^{lle} M. _____

Je soussigné (e) M^{me} M^{lle} M. _____ agissant en qualité de _____ autorise M^{me} M^{lle} M. _____ à effectuer son bilan de compétences aux dates ci-dessus

Fait à _____, le _____

L'EMPLOYEUR

ÉLÉMENTS FINANCIERS DE LA DEMANDE DE CONGÉ DE BILAN DE COMPÉTENCES

(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

Votre numéro d'adhérent à Habitat Formation :

a) Calcul du salaire horaire brut de référence

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) ⁽¹⁾

c) Horaires habituels de travail

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
MATIN
APRÈS-MIDI

⁽¹⁾ Demandez-nous un formulaire destiné au calcul détaillé des charges, ainsi que la liste des justificatifs à rassembler.