Uniformation
Le sens de votre avenir

Habitat et Lien social

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FORFAITS CONTRATS DE PROFESSIONNALISATION

- Merci de compléter cet imprimé **PRÉCISÉMENT**.
- Une demande ne peut concerner qu'un **SEUL CONTRAT.**
- Ce document est à retourner à **Uniformation (Habitat et Lien social) 15, rue des Sablons BP 2122 - 75771 Paris cedex 16.**
- N'oubliez pas de **JOINDRE TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES.**
- Renseignements et informations auprès de **Céline Della-Vittoria et Claudette Rogard 01 53 65 77 81.**

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

_____

N° D'ADHÉRENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° DE DOSSIER NOTIFIÉ DANS L'ACCORD DE PRISE EN CHARGE **:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM ET PRÉNOM DU SALARIÉ : _____

Les justificatifs suivants, sont à joindre **IMPÉRATIVEMENT**, pour obtenir un remboursement rapide :

Pour un **contrat de professionnalisation,** JOINDRE :

- Les factures et attestations de présence de l'organisme de formation et/ou de l'adhérent (si formation interne) signées par le salarié (originaux).

Pour la **formation de tuteur,** JOINDRE :

- Les factures et attestations de présence de l'organisme de formation signées par le tuteur (originaux).

Pour la **fonction tutorale,** JOINDRE :

- La feuille de paie du tuteur (du 6ème mois du contrat).
- La lettre de mission de l'employeur au tuteur.

Nous vous rappelons que les heures d'absence ne sont en aucun cas remboursées

FORMATION DU SALARIÉ

Période de remboursement :

FORMATION **EXTERNE** :

Du .....au .....Durée : ..... heures

FORMATION **INTERNE** :

Du .....au .....Durée : ..... heures

Calcul du remboursement forfaitaire (forfait x nombre d'heures) :

..... € TTC X ..... HEURES = ... € TTC

❑ **À RÉGLER À L'ADHÉRENT**

❑ **À RÉGLER À L'ORGANISME DE FORMATION** facture n°..... (jointe)

Si un tuteur a été désigné :

FORMATION DU TUTEUR (15 € TTC MAXIMUM / heure)

Nom du tuteur : ❑ Mme ❑ Melle ❑ M. .....

Période de remboursement :

du ..... au ..... durée : ..... heures

(MAXIMUM : **40 HEURES** PAR TUTEUR)

Calcul du remboursement (coût horaire X nombre d'heures) :

..... € TTC X ..... HEURES = ... € TTC

❑ **À RÉGLER À L'ADHÉRENT**

❑ **À RÉGLER À L'ORGANISME DE FORMATION** facture n°..... (jointe)

COÛTS LIÉS À LA FONCTION TUTORALE (230 € TTC / mois)

(VERSÉS **EN UNE SEULE FOIS** À L'ISSUE DE LA MISSION DU TUTEUR)

Nom du tuteur : ❑ Mme ❑ Melle ❑ M. .....

Période de remboursement :

du ..... au ..... durée : ..... mois

(REMBOURSEMENT MAXIMUM : **6 MOIS**)

Calcul du remboursement forfaitaire (à régler à l'adhérent) :

230 € TTC X ..... MOIS = ... € TTC

NOM DU RESPONSABLE : ❑ Mme ❑ Melle ❑ M. .....

FAIT À ....., LE .....

CACHET ET SIGNATURE

DR-CP-01.12

Uniformation - Siège social : 43, boulevard Diderot 75012 Paris - Association Loi 1901 - code naf : 9411Z - siret : 309 065 043 00163