

Entreprise

N° d'Adhérent _____ Dénomination _____ Personne à contacter _____
Téléphone _____ Mail _____

Action mise en œuvre

Intitulé _____
Dates du _____ au _____ Durée de la formation _____ heures (minimum 3h30)
Lieu _____ Durée rémunérée par stagiaire _____ heures
Catégorie d'action :
 Adaptation au poste
 Evolution & Maintien dans l'emploi
 Développement des compétences

Evaluation des frais

Organisme de formation	Dénomination	_____	Frais pédagogiques	_____ €
	Adresse	_____		Transport
	N° déclaration d'activité	_____	Hébergement, repas	_____ €
		Téléphone _____	Divers	_____ €
			Salaires & Charges	_____ €
		Frais de l'entreprise	Allocation formation	_____ €
			Transport	_____ €
			Hébergement, repas	_____ €
			Divers	_____ €
			TOTAL	_____ €

Bénéficiaires

Cochez la ou les cases correspondantes si nécessaire

Civilité	Nom	Prénom	N° Sécurité Sociale	Catégorie	Coef.	Fonction précise	Salaire Horaire BRUT	Période de pro.	DIF	Hors Temps de Travail	
										Durée	Allocation Formation Horaire
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

N'OUBLIEZ PAS !

Merci de joindre à la présente DPC :

- ✓ Le programme détaillé de la formation
- ✓ En cas de DIF et/ou de Période de Professionnalisation, le formulaire "Complément à la demande de prise en charge"

Je soussigné, atteste que les informations mentionnées ci-dessus sont exactes ; que dans le cas de formation hors temps de travail, un accord ainsi qu'un engagement ont été formalisés entre employeur et salarié ; qu'en cas de réalisation de formation en situation de production, les représentants du personnel ont été informés

Fait le _____
A _____

Cachet et signature du chef d'entreprise

NOTICE

Le formulaire Demande de Prise en Charge Formation Externe

Pour un traitement plus rapide du dossier, pensez à remplir précisément la Demande de Prise en Charge et à l'envoyer avant le démarrage de l'action.

ENTREPRISE

Numéro d'adhérent

Attribué à l'entreprise par PLASTIFAF, ce numéro à 4 ou 5 chiffres est indiqué en référence sur tous les documents provenant de PLASTIFAF SIEGE.

ACTION MISE EN ŒUVRE

Intitulé

Titre du stage figurant sur les documents fournis par l'organisme de formation,
Ou Bilan de compétences (analyse des compétences professionnelles et personnelles en vue de définir un projet professionnel) qui doit être obligatoirement réalisé par un Centre de bilan agréé par le FONGECIF
Ou VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), indiquer le nom du diplôme ou du titre visé.

Dates

Dates de début et de fin de l'action de formation.

Durée de la formation

Nombre d'heures total par stagiaire que l'organisme de formation va dispenser (3h30 minimum pour que la formation soit prise en charge par Plastifaf).

Durée rémunérée par stagiaire

Durée correspondant à l'absence du salarié à son poste de travail et qui lui sera rémunérée par vos soins.

Catégorie d'action

Cocher une des cases. Le plan de formation de votre entreprise doit être obligatoirement catégorisé.

A qui adresser votre dossier ?

✓ **PLASTIFAF**
Service Gestion des dossiers
69/71 rue du Chevaleret
75 646 PARIS cedex 13

✓ Pour les actions de formation en **Période de Professionnalisation**, le dossier doit impérativement être adressé à **votre antenne régionale**.

Pour compléter votre information :

- ✓ Contacter votre Antenne Régionale
- ✓ Consulter les fiches techniques détaillées sur le site www.plastifaf.com

EVALUATION DES FRAIS

• ORGANISME DE FORMATION

Dénomination

Nom de l'organisme qui dispense l'action.

N° de déclaration d'activité

Numéro de 11 chiffres impérativement fourni par l'organisme de formation. Il apparaît normalement sur ses documents.

Frais pédagogiques

Coût du stage hors frais de transport, hébergement, repas ou autres qui sont à détailler sur les lignes suivantes.

• FRAIS DE L'ENTREPRISE

Salaires et charges

Montant correspondant au (salaire horaire brut des stagiaires + charges patronales) x par le nombre d'heures rémunérées.

Allocation Formation

Montant correspondant à l'allocation formation horaire des stagiaires x par le nombre d'heures suivies hors temps de travail.

Transport, hébergement, repas

Montant estimé des frais inhérents à la formation qui seront remboursés aux stagiaires.

Divers

Autres frais imputables (exemples : location de salle, location vidéo projecteur...)

BENEFICIAIRES

Obligatoirement salariés de l'entreprise.

N° Sécurité Sociale

Numéro de 15 chiffres indiqué sur le bulletin de salaire de chaque bénéficiaire.

Catégorie

. **NC** Non cadre
. **C** Cadre

Coef.

Coefficient de l'emploi de chaque salarié attribué par l'entreprise et figurant sur le bulletin de paie.

Période de Professionnalisation ou DIF

Cocher la ou les cases **UNIQUEMENT** si l'action de formation est réalisée en tout ou partie dans le cadre de l'un de ces dispositifs. Dans ce cas, le formulaire "Complément à la Demande de Prise en Charge" est à remplir obligatoirement.

• HORS TEMPS DE TRAVAIL

Possible dans trois cas : Action de catégorie "Développement des compétences", Période de Professionnalisation et/ou DIF. Un accord et un engagement entre employeur et salarié doivent être formalisés en cas de formation hors temps de travail.

Durée

Durée totale de la formation réalisée hors temps de travail par le bénéficiaire concerné (attention, les conditions de recours et les maxima sont définis par la Loi).

Allocation Formation horaire

Montant versé au salarié pour une heure de formation hors temps de travail.

Elle est égale à **50 %** du salaire horaire net de référence du salarié.

Le salaire horaire net de référence est égal aux rémunérations nettes versées sur les 12 derniers mois / par le nombre d'heures rémunérées au cours des 12 derniers mois.

Pour le personnel en forfait jour, le salaire horaire net de référence est égal aux rémunérations nettes annuelles / (151,67 heures x (nombre jours de forfait / 217 jours) x 12 mois).

L'allocation formation est exonérée de charges salariales et patronales, ainsi que de la CSG et de la RDS.