

Le Congé de Formation Professionnelle

Agenda 2019

Date d'examen des dossiers



Réunions d'informations collectives

L'ANFH vous propose trois réunions d'informations collectives pour vous accompagner à entreprendre et comprendre les démarches liées au Congé de Formation Professionnelle (cadre réglementaire, conditions d'accès...).

Jeudi 28 mars 2019

Jeudi 26 septembre 2019

Jeudi 28 novembre 2019



Ces réunions concernent tous les agents.

Elles auront lieu à 9 h 30 dans les locaux de la délégation régionale.

Elles sont facultatives : elles se dérouleront sur votre temps personnel et les frais de déplacement seront à votre charge.

Comment procéder ?

INSCRIPTION OBLIGATOIRE (nombre de places limité) uniquement par MAIL auprès de Mme FREZET : p.frezet@anfh.fr

Vous devrez indiquer : nom, prénom, établissement employeur, vos attentes et surtout la date de la réunion choisie.



Contact
Pascale FREZET
p.frezet@anfh.fr
05 57 35 01 75

A SAVOIR

Avoir 3 ans d'ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière

Etre en position d'activité

Avoir obtenu une autorisation d'absence délivrée par le Directeur de l'établissement

Organisme de formation possédant un numéro de déclaration d'activité valide ou en cours de validité

Dossier correctement complété. Tout dossier incomplet fera l'objet d'un rejet (formulaires qui ne sont pas dûment complétés, pièces manquantes...)

Respect des délais : envoi à l'ANFH en recommandé avec AR

- au plus tard **6 semaines avant** la date de réunion du CGR au cours duquel le dossier doit être examiné – cachet de la poste faisant foi
- au plus tôt **6 mois avant** le début de la formation



À COMPLÉTER PAR L'AGENT

LE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

RÉSERVÉ À L'ANFH

N°CFP

N°CGR

A 01 | IDENTITÉ (écrire en lettres capitales)

NOM

PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉL. PROFESSIONNEL

POSTE

TÉL. PERSONNEL

E-MAIL

N° SÉCURITÉ SOCIALE

(10 premiers chiffres)

Co-financement FIPHFP : êtes-vous en situation de handicap ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez remplir l'Attestation d'éligibilité pour les formations des agents handicapés (merci de vous reporter à la rubrique A09)

A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

GRADE

FONCTION

SERVICE

Avez-vous déjà bénéficié d'un ou plusieurs CFP indemnisés ou non indemnisés avant cette demande ? ☐ OUI ☐ NON

INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP
(y compris Bilan de compétences et VAE)

NB DE JOURS

ANNÉE

INDEMNISÉ (oui / non)

NON INDEMNISÉ (oui / non)

A 03 | DIPLÔMES OBTENUS

Entourez les diplômes obtenus

INDIQUEZ LES SPÉCIALITÉS

SPÉCIALITÉS

I MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR

IV BP – BAC – BT

II LICENCE – MASTER 1

V BEP – CAP – CFPA

III BTS – DUT – DEUST

VI FIN DE SCOLARITÉ

INTITULÉ DU (DES) DIPLÔME(S) OBTENU(S)

Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social

A 04 | FORMATION DEMANDÉE : JOINDRE LE PROGRAMME DÉTAILLÉ

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

A 05 | VOTRE OBJECTIF

☐ OPÉRER UNE RECONVERSION DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PROFESSION VISÉE

☐ OPÉRER UNE RECONVERSION EN DEHORS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PROFESSION VISÉE

☐ DÉVELOPPER SES CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES HORS DE SON CHAMPS PROFESSIONNEL

CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES VISÉES

☐ DÉVELOPPER SES CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES DANS SON CHAMPS D'ACTIVITÉ

CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES VISÉES

A 06 | EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL (obligatoire – écriture lisible)

Préciser vos motivations relatives au projet et au choix de la formation, objectifs, actions de préparation ou de formation réalisées, démarches effectuées pour vérifier la faisabilité du projet (vous pouvez joindre tout document dactylographié/numérique pour argumenter votre projet professionnel).

Le conseiller en Dispositifs Individuels de votre délégation ANFH est à votre disposition pour vous aider à remplir votre dossier notamment la partie motivation

01. Quel est votre parcours ? (5 lignes maximum) Retracer succinctement votre parcours professionnel, votre parcours de formation, votre situation actuelle (poste occupé, ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière...)

02. Quel est votre projet en lien avec cette formation et son origine ? (10 à 15 lignes maximum) Quelle est l'origine de votre projet ? Qu'est ce qui a guidé votre réflexion ? Vous pourrez aussi décrire vos motivations, votre connaissance du métier et les qualités personnelles nécessaires à son exercice, si vous envisagez une reconversion.

03. Comment avez-vous préparé votre projet ? (10 à 15 lignes maximum) Quelles actions préalables avez-vous réalisées (formations suivies, bilan de compétences, sources d'informations, professionnels rencontrés, recherches effectuées, sollicitation financement employeur,...) ? Avez-vous été accompagné dans ce choix ? Avez-vous évalué la compatibilité de votre projet avec votre vie professionnelle et personnelle (déplacements, charge de travail, rémunération) ?

04. Pourquoi avez-vous choisi cette formation et cet organisme ? (5 lignes maximum) Choix de l'organisme : avez-vous contacté plusieurs organismes de formation ? Pourquoi ce choix (lieu, coût, contenu pédagogique, diplôme ou certificat délivré, lien avec votre projet) ?

05. Que ferez-vous à l'issue de la formation ? Quelles seront les étapes qui restent à accomplir pour finaliser votre projet ? (10 à 15 lignes maximum) Indiquer comment vous comptez investir les connaissances et capacités acquises lors de la formation ? En cas de changement de métier, indiquer les débouchés possibles, ce que vous connaissez du marché de l'emploi et des possibilités d'évolutions : le métier visé est-il présent dans le bassin de l'emploi ? Comment allez-vous procéder pour trouver un emploi dans ce nouveau métier ? Dans quel secteur d'activité et dans quel type d'entreprise (association, autre administration...) pensez-vous l'exercer ? Quelles seront les évolutions possibles ?...
Pour une création d'entreprise : avez-vous réalisé des études préalables (lieu d'installation, études de marché, ...) ? Quel statut envisagez-vous pour la création de votre entreprise, quelles démarches avez-vous effectuées auprès des différents organismes ?

A 07 | FRAIS DE TRANSPORT, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION

- Le droit est ouvert lorsque la formation se déroule hors de la commune du lieu de la résidence administrative ou hors de celle de la résidence familiale. Sont considérées comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d'une même agglomération urbaine multi communale. Ce droit est ouvert seulement pendant la période indemnisée.
- La prise en charge de ces frais n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité de Gestion Régional.

TRANSPORT

LIEU DE DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE
NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE	
☐ SNCF (2 ^E CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF	€
SI ABONNEMENT, PRÉCISER LE COÛT :	
☐ ABONNEMENT HEBDOMADAIRE	€
☐ ABONNEMENT MENSUEL	€
☐ AUTRES (À PRÉCISER)	
VÉHICULE PERSONNEL NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR (Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 ^e classe)	km

REMARQUE IMPORTANTE Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de faire établir, un ordre de mission à la direction de votre établissement, précisant les périodes de déplacement et une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur (cf art. 33 du décret n° 92-566 du 25/05/92).

HÉBERGEMENT

CETTE FORMATION NÉCESSITE-T-ELLE UN HÉBERGEMENT SUR LE LIEU DE FORMATION ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, indiquer la forme envisagée :		
☐ EN CENTRE D'HÉBERGEMENT (FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION)		
☐ HORS CENTRE D'HÉBERGEMENT (HÔTEL, GÎTES...)	NB DE NUITÉES	COÛT DE LA NUITÉE
☐ LOCATION (EN CAS DE DOUBLE RÉSIDENCE)	NB DE MOIS	MONTANT DU LOYER MENSUEL

RESTAURATION

☐ MIDI	NB DE REPAS	☐ SOIR	NB DE REPAS
Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ?			
☐ OUI (MIDI SEULEMENT / MIDI ET SOIR)	☐ NON		
COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF	€		
SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE)	€		

A 08 | COÛT DE LA FORMATION (la prise en charge des frais liés à la formation n'est pas systématique)

Dans l'éventualité d'un accord, il vous appartiendra de signer avec l'organisme de formation la convention de formation professionnelle. Celle-ci vous engage personnellement à son égard.

COÛT TOTAL DE LA FORMATION	(voir feuillet organisme de formation C9)
FRAIS ANNEXES (SUR JUSTIFICATIFS) Cette prise en charge n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité de gestion régional (CGR) de la délégation ANFH.	
PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT :	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur la présente demande. Toute fausse déclaration entraînera systématiquement la nullité de l'éventuelle décision de financement et impliquera le remboursement de toutes les sommes versées par l'ANFH. Je m'engage, en outre, à tenir l'ANFH informée de tous changements qui interviendraient dans le financement de ma formation, dans ma situation administrative et dans mon adresse.

FAIT À	LE
SIGNATURE	

L'intéressé(e) a fourni librement ces informations. Il peut y accéder et les faire rectifier. L'ANFH s'engage à les protéger contre toute divulgation n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation (art 27 et 29 – loi du 6/01/78 informatique et libertés).

ATTENTION

SI VOUS NE REMPLISSEZ PAS LA RUBRIQUE **A07**, IL SERA CONSIDÉRÉ QUE VOUS NE SOLICITEZ AUCUNE PRISE EN CHARGE DE CES FRAIS.

CADRE RÉSERVÉ

CADRE RÉSERVÉ

ATTENTION

TOUT RÉSULTAT D'ADMISSION OU DE REFUS DE LA PART DE L'ORGANISME DE FORMATION DEVRA ÊTRE COMMUNIQUÉ DANS LES MEILLEURS DÉLAIS

A 09 | FIPHP/ANFH – ATTESTATION D'ÉLIGIBILITÉ POUR LES FORMATIONS A DESTINATION DES AGENTS HANDICAPES

JE SOUSSIGNÉ(E)

Agent de l'établissement

Atteste détenir les pièces justificatives obligatoires d'éligibilité.

FAIT À

LE

SIGNATURE

ATTENTION

JOINDRE UNE COPIE DE
LA NOTIFICATION DE
D'ÉLIGIBILITÉ DANS LE
CADRE DU FIPHP

Bénéficiaire du financement de l'action de formation liée à la reconversion, conformément au décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. L'agent tient à disposition de l'ANFH, les pièces justificatives attestant de son appartenance à l'une des catégories de bénéficiaires mentionnées ci-dessous. En cas de contrôle, nous serions amenés à vous demander les pièces justifiant de votre situation.

LISTE DES BÉNÉFICIAIRES ÉLIGIBLES AU CO-FINANCEMENT FIPHP/ANFH DES ACTIONS DE FORMATION

Les travailleurs, reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap mentionnées à l'article L.146-9 du code de l'action sociale et des familles.

Les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égal à 10p 100 et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection obligatoire.

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

Les bénéficiaires mentionnés à l'article L.394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;

Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;

Les agents qui ont été reclassés en application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, des articles 81 à 85 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou des articles 71 à 75 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ;

Les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité en application de l'article 65 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 précitée, de l'article L.417_8 du code des communes, du paragraphe III de l'article 119 de la loi N°84-53 du 26 janvier 1984 précitée ou de l'article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 précitée ; Tout agent ne possédant pas l'une de ces qualités mais ayant été reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par le comité médical et pour lequel un maintien dans l'emploi est proposé par le médecin du travail ou de prévention au moyen d'une adaptation du poste de travail.



À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

LE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

NOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL	COMMUNE	
TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIE	E-MAIL
EFFECTIF RÉMUNÉRÉ AU 31.12.20__	SOIT EN ÉQUIVALENT PLEIN	
DOSSIER SUIVI PAR	TÉLÉPHONE	POSTE

B 02 | AUTORISE L'AGENT

NOM	PRÉNOM		
NOM DE JEUNE FILLE	GRADE		
FONCTION	SERVICE		
VILLE D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ (si différente de B01)			
STATUT (cocher la case) ☐ TITULAIRE ☐ STAGIAIRE ☐ CONTRACTUEL	CATÉGORIE ☐ A ☐ B ☐ C		
À LA DATE DE LA MISE EN CFP (cocher la case) ☐ TEMPS PLEIN ☐ TEMPS PARTIEL	(%)		
Total de la durée des services effectifs effectués par l'agent au sein de la FPH, cad dans les établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 09/01/1986			
ANNÉES	(MOIS) APPRÉCIÉ À LA DATE DU DÉBUT DU CFP :		
L'intéressé(e) a-t-il (elle) déjà bénéficié d'un ou plusieurs CFP indemnisés(s) ou non indemnisés(s) avant cette demande ? (cocher la case) ☐ OUI ☐ NON			
SI OUI, INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES	NB DE JOURS	ANNÉE	INDEMNISÉ (OUI / NON)
Établissement ayant accordé l'absence pour le (ou les) CFP indemnisés (préciser le nom de l'établissement et son département)			

Votre agent relève-t-il du régime de co-financement FIPHFP-ANFPH? (cocher la case) ☐ OUI ☐ NON
(consulter la liste des bénéficiaires éligibles dans la partie téléchargement www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnelle-cfp)

B 03 | À S'ABSENTER POUR SUIVRE LA FORMATION SUIVANTE

INTITULÉ	
ORGANISME DE FORMATION	
DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
DURÉE TOTALE ⁽¹⁾	jours

(1) Inclure la durée de ou des stages pratiques si nécessaire

B 04 | ET DEMANDERA, SOUS RÉSERVE DE L'ACCORD DU COMITÉ DE GESTION DU CFP, LE REMBOURSEMENT DE L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE

DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
POUR UNE DURÉE DE	jours (1 jour = 1/30ème de mois)

Sachant que l'indemnisation du CFP ne peut excéder douze mois, soit 360 jours pour l'ensemble de la carrière de l'agent.

Toutefois si le cursus de formation suivi dure deux ans au moins à plein temps, cette durée peut être portée à vingt quatre mois, soit 720 jours, sans que la durée totale de l'ensemble des CFP (indemnisés ou non) n'excède trois ans.

Il sollicitera, en cas d'accord du Comité de gestion régional (CGR), le remboursement de cette indemnité mensuelle forfaitaire pendant la période sus-visée sur présentation d'une attestation mensuelle de présence effective établie par l'organisme formateur.

B 05 | DÉTAIL DES JOURS À INDEMNISER

Dans le cas d'une formation (cocher la case)

☐ EN DISCONTINU, LES REPOS HEBDOMADAIRES (RH) ET JOURS FÉRIÉS DOIVENT ÊTRE INCLUS AU PRORATA DE LA DURÉE TOTALE D'ABSENCE

☐ EN CONTINU: EXCLURE LES CONGÉS ANNUELS, S'ILS SONT PRIS DANS LA PÉRIODE DU CFP

		mois												A	B = A x 0,4	C
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	total de 1 à 12	nb de RH à inclure*	total de A + B
année	20_															
	20_															
	20_															
	20_															
	20_															
	20_															

* Uniquement dans le cadre des formations discontinues

Important : l'unité minimale de décompte est la demi-journée

B 06 | ATTESTATION DE NON INSCRIPTION DE L'ACTION DE FORMATION DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE (COCHER LA CASE)

☐ QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL NE PEUT PAS RELEVER DU PLAN DE FORMATION

☐ QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL A ÉTÉ DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION DE L'ÉTABLISSEMENT MAIS REFUSÉE AU TITRE DE CE PLAN

☐ QUE LA FORMATION QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL N'A PAS ÉTÉ DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

B 07 | ÉTUDE PROMOTIONNELLE

☒ Dans le cas où la formation envisagée relève de l'arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'Études promotionnelles.

LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE

☒ avoir refusé la prise en charge au titre des Études promotionnelles pour le motif suivant (cocher la case)

☐ IL N'Y A PAS DE POSTE VACANT DANS LES TROIS ANS CORRESPONDANT À L'ÉTUDE PROMOTIONNELLE ENVISAGÉE

☐ LA FONCTION N'EXISTE PAS DANS L'ÉTABLISSEMENT

☐ AUTRE ⁽¹⁾

(1) S'il s'agit d'un motif d'ordre financier, merci de préciser vos orientations ou vos engagements pour les années à venir en matière d'études promotionnelles.

☒ avoir informé l'agent qu'aucune possibilité d'emploi n'est prévue. En conséquence, l'agent a pris acte qu'il ne pourra prétendre obtenir la promotion souhaitée dans son établissement, à moins d'une vacance de poste inopinée qui n'aurait pu être prévue dans le cadre de la gestion prévisionnelle des effectifs. Dans cette perspective, il est invité à rechercher un poste correspondant à ses nouvelles compétences dans un autre établissement, afin de réaliser sa promotion par la voie d'une mobilité externe.

B 08 | DÉTERMINATION DES BASES DE REMBOURSEMENT (appreciées au moment de la mise en CFP)

INDICE BRUT	INDICE NOUVEAU MAJORÉ	
TRAITEMENT MENSUEL BRUT INDICIAIRE (À L'EXCLUSION DE TOUTE PRIME ET INDEMNITÉ)	A	€
INDEMNITÉ RÉSIDENCE	B	€
SOUS-TOTAL	C	€
INDEMNITÉ MENSUELLE D = C X 85 %	D	€
Le montant mensuel «D» de cette indemnité ne peut excéder celui du traitement brut et de l'indemnité de résidence afférents à l'indice brut 650 d'un agent en fonction à Paris		
TRAITEMENT MENSUEL BRUT+INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE DE PARIS IB 650 (IM543)	E	€
MONTANT DE L'INDEMNITÉ MENSUELLE F=D SI D<E OU F=E SI D>E	F	€
SUPPLÉMENT FAMILIAL	G	€
CHARGES PATRONALES: REPORT DU TOTAL DES CHARGES MENSUELLES CALCULÉES EN B09	H	€
TOTAL MENSUEL I=F+G+H	I	€
MONTANT DU REMBOURSEMENT I X NB DE JOURS/30		€

B 09 | DÉTAIL DES CHARGES PATRONALES – TITULAIRE OU STAGIAIRE

Les charges patronales sont uniquement les charges obligatoires versées à l'URSSAF et à la CNRACL ou IRCANTEC selon les taux en vigueur au moment de la prise en charge (circulaire n°DHOS/RH4/2010/57 du 11 février 2010 relative à la mise en œuvre du congé de formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière).

CHARGES PATRONALES MENSUELLES
Calculées sur le traitement brut d'activité = A du B08 et non sur l'indemnité – l'assiette est le dernier traitement indiciaire brut (hors NBI) perçu avant la date du début de congé

ATTENTION
JOINDRE UNE
COPIE DU DERNIER
BULLETIN DE SALAIRE

NATURE DE LA CHARGE	ASSIETTE	TAUX	MONTANT
URSAFF – maladie			
URSAFF – prestations familiales			
URSAFF - transport			
URSAFF – solidarité autonomie			
URSAFF – allocation logement plafonnée (pour les établissements dont les effectifs sont supérieurs à 20 agents			
URSAFF – allocation logement limitée plafond S.S.			
URSAFF - allocation logement au-dessus du plafond S.S.			
CNRAL			
CNRAL – ATI			
FEH			
RAFP			

B 10 | LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

FAIT À	LE	NOM DU SIGNATAIRE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT	SIGNATURE	

L'AGENT A LE STATUT « CONTRACTUEL », VEUILLEZ TOURNER LA PAGE SVP

B 11 | DETAIL DES CHARGES PATRONALES – CONTRACTUEL

Calculées sur l'indemnité majorée du supplément familial pour l'URSAF = F+G du B08 – calculées sur l'indemnité seule pour l'IRCANTEC = F du B08

ATTENTION
JOINDRE UNE
COPIE DU DERNIER
BULLETIN DE SALAIRE.

NATURE DE LA CHARGE	ASSIETTE	TAUX	MONTANT
URSAFF – maladie			
URSAFF – prestations familiales			
URSAFF - vieillesse plafonnée			
URSAFF – vieillesse totalité			
URSAFF – transport			
URSAFF – solidarité autonomie			
URSAFF – allocation logement plafonnée (pour les établissements dont les effectifs sont supérieurs à 20 agents)			
URSAFF – allocation logement limitée plafond S.S.			
URSAFF - allocation logement au-dessus du plafond S.S.			
URSAFF – accident du travail			
FEH			
IRCANTEC – tranche A plafonnée			
IRCANTEC – tranche B au dessus du plafond			

B 12 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

FAIT À	LE	NOM DU SIGNATAIRE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT	SIGNATURE	



À COMPLÉTER PAR **L'ORGANISME DE FORMATION**

LE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

DEMANDE DE
PRISE EN CHARGE

Ce dossier constitue une demande de financement et non une inscription officielle dans votre centre. Merci de remplir ce dossier avec précision.
A partir de 2019, pour pouvoir être financées, les formations dans le cadre de démarches individuelles devront être délivrées par des organismes Datadockés.

NOM – PRÉNOM DE L'AGENT

C01 | IDENTIFICATION

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

N° D'ACTIVITÉ AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE EN COURS DE VALIDITÉ (obligatoire)

[][] [][] [][][][] [][]

ÊTES-VOUS DATADOCKÉ ? (statut examiné positivement sur Datadock)

☐ OUI

☐ NON

N° D'ENREGISTREMENT DATADOCK

[][][][][][][][]

N° DE SIRET (obligatoire)

[][][]

[][][]

[][][]

[][][]

[][]

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

INTITULÉ

LIEU DE LA FORMATION

OBJECTIFS DE LA FORMATION

ATTENTION

JOINDRE
IMPÉRATIVEMENT
LE PROGRAMME
DÉTAILLÉ
MENTIONNANT
LES MOYENS
PÉDAGOGIQUES,
TECHNIQUES ET
D'ENCADREMENT

C 03 | CONDITIONS D'ADMISSION DU CANDIDAT (COCHER LES CASES)

☐ CONTRÔLE DES CONNAISSANCES	☐ ADMISSION PAR ENTRETIEN	
☐ CONCOURS	☐ ADMISSION SUR DOSSIER	BILAN OU TEST
☐ AUCUNE CONDITION	☐ AUTRES	

DÉCISION D'ADMISSION

☐ ADMIS	☐ EN ATTENTE	DATE PROBABLE DES RÉSULTATS
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Merci de communiquer ces résultats dès que possible.

C 04 | SANCTION DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)

01 ☐ DIPLÔME DÉLIVRÉ PAR UN MINISTÈRE OU CERTIFICATION PROFESSIONNELLE INSCRITE AU RNCP (répertoire national des certifications professionnelles) :
Précisez l'intitulé du diplôme/titre/CQP:

02 ☐ FORMATION QUALIFIANTE RECONNUE PAR UN SECTEUR OU BRANCHE (CQP : certificat de qualification professionnelle) :

01 ☐ AUTRE OU ABSENCE DE SANCTION :

C 05 | NIVEAU VISÉ À L'ISSUE DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)

01 ☐ NIVEAU 1 : MASTER 2 – DOCTORAT – INGÉNIEUR

02 ☐ NIVEAU 2 : LICENCE – MASTER 1

03 ☐ NIVEAU 3 : BTS – DUT

04 ☐ NIVEAU 4 : BP – BAC TECHNIQUE – BT – BAC GÉNÉRAL

05 ☐ NIVEAU 5 : BEP – CAP – BPA

06 ☐ NIVEAU IMPOSSIBLE À DÉFINIR

C 06 | DATES (le CFP doit durer 10 jours de formation minimum auxquels s'ajoutent les repos hebdomadaires, soit 14 jours)

	DATES DE DÉBUT		DATE DE FIN		
1 ^{ère} année de formation ou cycle ou module		au		soit	jours
2 ^e année de formation ou cycle ou module		au		soit	jours
3 ^e année de formation ou cycle ou module		au		soit	jours
4 ^e année de formation ou cycle ou module		au		soit	jours
				TOTAL	jours
			INCLURE, S'IL Y A LIEU, LE(S) JOUR(S) D'EXAMEN(S)		jours
			TOTAL ENSEIGNEMENT THÉORIQUE		jours
			TOTAL ENSEIGNEMENT PRATIQUE (STAGE)		jours

C 07 | RYTHME DE LA FORMATION

QUELLE DURÉE DE TRAVAIL PERSONNEL ESTIMEZ-VOUS NÉCESSAIRE DE LA PART DU STAGIAIRE : jours/année de formation

☐ FORMATION CONTINUE ☐ FORMATION EN DISCONTINU

DURÉE DE LA FORMATION (Nombre de jours)

NOMBRE DE SESSIONS NB DE JOURS/SESSION

☐ STAGE PRATIQUE NB DE JOURS LIEU

RUBRIQUE OBLIGATOIRE						
JOURS	L	M	M	J	V	S
HORAIRE MATIN						
HORAIRE A-M						
TOTAL HEURES/JOUR						
TOTAL HEURES ENSEIGNEMENT/SEMAINE						
PÉRIODES D'INTERRUPTION						

C 08 | RÉPARTITION DES JOURS DE FORMATION PAR MOIS (10 JOURS MINIMUM AU TOTAL)

Indiquer pour chaque mois le nombre de jours, stage(s) et examen(s) compris dans la formation

		mois												TOTALDE
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
année	20_													
	20_													
	20_													
	20_													
	20_													
	20_													

INDIQUER IMPÉRATIVEMENT LES PÉRIODES D'INTERRUPTION DE LA FORMATION PLANIFIÉES PAR L'ORGANISME

C 09 | COÛT INDIVIDUEL VALANT DEVIS

COÛT DE FORMATION

Montant des frais de formation par année selon le tarif établi à la date de constitution du dossier et facturable à l'intéressé(e).
(Coût en vigueur pour la durée de la formation).

1ÈRE ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION	€ TTC
2E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION	€ TTC
3E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION	€ TTC
4E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION	€ TTC
COÛT TOTAL DE LA FORMATION	€ TTC
AUTRES COÛTS	
inscription	€ TTC
Documentation	€ TTC
Matériel	€ TTC
COÛT HEURE/STAGIAIRE	€ TTC

C 10 | Hébergement – Repas

L'agent aura-t-il la possibilité de

☐ BÉNÉFICIER D'UN Hébergement fonctionnant sous le contrôle de l'administration
 Précisez le coût unitaire:

☐ Prendre ses repas dans un restaurant administratif ou universitaire:
 ☐ midi
 ☐ Soir
 Précisez le coût unitaire:

La convention de formation conclue entre l'agent et l'organisme n'engage pas l'ANFH. Le signataire atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document, et s'engage :

- à fournir, mensuellement et en fin de formation, les attestations de présence en trois exemplaires : l'une au stagiaire, la seconde à l'établissement employeur, et la troisième à l'ANFH,
- sur le montant ferme et définitif du coût de la formation défini ci-dessus,
- et à conclure avec l'agent la convention de formation en conformité avec les éléments de coûts et de durée indiqués ci-dessus.

NOM

FONCTION

TÉLÉPHONE

FAIT À

SIGNATURE

POSTE

LE

CACHET DE L'ORGANISME

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES AGENTS BÉNÉFICIAIRE D'UN CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE

FRAIS D'ENSEIGNEMENT

L'ANFH n'a aucun lien contractuel avec l'organisme.

Dans l'éventualité d'un accord, il vous appartiendra :

✓ de signer avec l'organisme de formation la convention de formation professionnelle.

Les frais pédagogiques dus à l'organisme de formation, peuvent être réglés :

- **soit directement par vous** : ils vous seront alors remboursés sur production de l'original de la facture établie à votre nom, sur laquelle l'organisme aura obligatoirement porté la mention "**Facture acquittée**" et les références de votre paiement. Vous devrez impérativement joindre à cette facture les attestations de présence à la formation.

- **soit directement par l'ANFH (Subrogation)** : dans ce cas, vous devez en faire la demande expresse en retournant à l'ANFH, dûment complété, daté et signé, l'imprimé qui vous parviendra avec la délibération du Comité de Gestion Régional du CFP. Ainsi, lorsque l'organisme de formation vous adressera la facture libellée à votre nom, vous devrez la faire parvenir, dans les meilleurs délais, à l'ANFH, **accompagnée des attestations de présence correspondant aux périodes facturées.**

FRAIS DE TRANSPORT

Conditions	Ces frais correspondent à la prise en charge du trajet aller en début de formation et du trajet retour à la fin de la dernière session. Toutefois, le remboursement quotidien peut être envisagé si la région estime que la dépense qui en résulte est inférieure à la prise en charge des frais de repas et d'hébergement susceptibles d'être alloués en cas de double résidence. En cas de fractionnement de la scolarité, les frais de transport peuvent être remboursés à raison d'un voyage aller-retour par session. <u>Il n'y a pas de prise en charge :</u> ➤ Lorsque la formation se déroule dans les communes, lieu de la résidence administrative et de la résidence familiale (sont considérées comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d'une même agglomération urbaine multi communale) Ou ➤ Lorsque la distance parcourue AR est inférieure ou égale à 40 kms de « centre ville » à « centre ville » via le site Michelin.
Base de la prise en charge	La prise en charge des transports est effectuée sur la base du tarif 2^{ème} classe SNCF et sur présentation de justificatifs. Pour la Corse et les Départements d'Outre Mer l'avion est possible dans la catégorie de prix la plus économique. Les frais d'autocar, navette ou tout autre moyen de transport routier collectif sont pris en charge sur présentation des pièces justificatives, sur la base des frais réellement exposés. Exceptionnellement : L'utilisation du véhicule personnel est acceptée si cela n'entraîne pas de coût supplémentaire par rapport au tarif de base correspondant à la SNCF 2^{ème} classe.
Modalités de règlement	Le remboursement des frais de transport est effectué sur demande de l'intéressé(e) et sur production des justificatifs. A défaut, le remboursement s'effectuera sur la base de calcul du tarif kilométrique SNCF.

FRAIS DE REPAS

Conditions	Les frais de repas peuvent être pris en charge lorsque l'agent est en déplacement pendant la totalité de la période comprise : ➤ Entre 11 heures et 14 heures pour les repas du midi ➤ Entre 18 heures et 21 heures pour les repas du soir Le droit est ouvert : ➤ lorsque la formation se déroule hors de la commune du lieu de la résidence administrative et hors de celle de la résidence familiale (sont considérées comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d'une même agglomération urbaine multi communale) Ou ➤ lorsque la distance parcourue est supérieure ou égale à 40 kms AR
Base de la prise en charge	Le taux de base retenu pour la prise en charge d'un repas est de 15.25 €. Ce taux de base est réduit de 50% lorsque l'intéressé(e) a la possibilité de se rendre dans un restaurant administratif ou assimilé. Il n'est pas servi quand le repas est gratuit.
Modalités de règlement	Au moment du règlement, remboursement : - <u>sur facture originale et non raturée</u> uniquement et dans la limite de 15.25 €. - <u>sur présentation d'un justificatif unique par repas</u> Ne sont pas considérés comme des justificatifs les tickets de caisse de supermarché ou de magasins d'alimentation, les reçus de carte bancaire. Si le montant des frais de repas est inférieur au taux de base, le remboursement est égal à la somme réellement engagée. S'il n'y a pas production d'une facture de restaurant pour le repas du soir en cas de double résidence, le montant remboursé est égal à 7.63 €.

FRAIS D'HEBERGEMENT

Conditions	Pour bénéficier de cette prise en charge, il doit y avoir double résidence, la formation doit se dérouler hors de la commune de la résidence administrative et hors de celle de la résidence familiale de l'agent (sont considérées comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d'une même agglomération urbaine multi communale).
Base de la prise en charge	La prise en charge de la nuitée n'est pas servie lorsque l'agent bénéficie de la gratuité du logement. Les taux de base sont de : 60.00 euros  Ils comprennent la nuitée et le petit déjeuner A ces taux, est appliqué un abattement de 50% si l'agent est logé dans un centre d'hébergement fonctionnant sous le contrôle de l'administration. Dans tous les cas des abattements sont appliqués à compter des 11^{ème}, 30^{ème}, 31^{ème} et 61^{ème} jours de formation, conformément aux tableaux ci-après.

En cas de congé de formation professionnelle en discontinu et pour le calcul de ces abattements, il convient de retenir la durée de l'ensemble de la formation considérée comme une période unique quels que soient le nombre, la durée et l'interruption des sessions.

En centre d'hébergement (*)	Paris	Province
Du 1 ^{er} au 10 ^{ème} jour	26.68	19.06
Du 11 ^{ème} au 30 ^{ème} jour	24.01	17.15
Du 31 ^{ème} au 60 ^{ème} jour	21.34	15.24
A partir du 61 ^{ème} jour	16.01	11.43

Hors centre d'hébergement	
Du 1 ^{er} au 10 ^{ème} jour	60.00
Du 11 ^{ème} au 30 ^{ème} jour	54.00
Du 31 ^{ème} au 60 ^{ème} jour	48.00
A partir du 61 ^{ème} jour	36.00

(*) Pour bénéficier du tarif hors centre, il convient de fournir une attestation prouvant qu'il n'y a pas de centre d'hébergement à disposition du stagiaire.

Modalités de règlement

Le règlement des frais d'hébergement est effectué à la fin de la formation ou mensuellement à terme échu, sur demande de l'intéressé(e) et **après production des justificatifs originaux correspondants.**

Justificatifs :

- Factures hôtels ou Centres d'hébergement
- Quittances de loyer + contrat de location

Si le montant de ces derniers est inférieur au plafond autorisé après abattement, le remboursement est égal à la somme réellement engagée.

REUNIONS D'INFORMATIONS

L'ANFH propose 3 réunions d'informations collectives dans ses locaux qui seront un temps d'échanges avec les agents de la Fonction Publique Hospitalière.

Elles ont pour objectifs de vous accompagner à entreprendre toutes les démarches liées au Congé de Formation Professionnelle, répondre à vos questions : le cadre réglementaire, les conditions d'accès, la position statutaire, les durées, le financement, votre situation après le CFP...

Elles concernent tous les agents, qu'ils aient déjà ou non le dossier de financement.

Ces réunions sont facultatives et se dérouleront sur votre temps personnel. Les frais de déplacement seront à votre charge.

L'inscription à ces réunions est OBLIGATOIRE (nombre de place limité) par mail auprès de Pascale FREZET : p.frezet@anhf.fr

Judi 28 mars 2019 à 9 h 30

Judi 26 septembre 2019 à 9 h 30

Judi 28 novembre 2019 à 9 h 30



www.shutterstock.com 127810625



PS : les GPS ne connaissent pas toujours le 232 avenue du Haut-Lévêque car nous sommes aussi situés au début de la voie Romaine qui n'est pas notre référencement officiel. La photo du bâtiment ci-dessus vous aidera à nous repérer dès votre sortie de l'autoroute (à côté du Chronodrive).

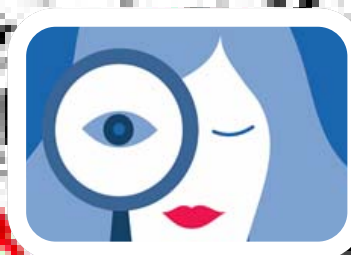
ANFHAQUITAINE

Pascale FREZET
Conseillère en Dispositifs Individuels

232 avenue du Haut-Lévêque
CS 40031
33615 PESSAC CEDEX

Tél. : 05 57 35 01 70

p.frezet@anhf.fr



BILAN DE COMPETENCES

RECEVABILITE DES DOSSIERS

A partir de 2019

**Les dossiers seront
traités au fil de l'eau**

Ils peuvent donc être
envoyés à n'importe
quel moment de l'an-
née par courrier **en
recommandé avec
accusé de réception**

DELAI DE REPONSE

Une réponse par mail*
sera apportée par la
délégation régionale
dans les 30 jours à ré-
ception du dossier,
cachet de la poste fai-
sant foi

DEMARRAGE DU BILAN

Pour tout dossier réception-
né à l'ANFH au cours d'un
mois M, le calendrier des
rencontres avec le presta-
taire bilan devra débuter le
mois M+2.

*Exemple : un dossier récep-
tionné du 1er au 30 avril
inclus pourra débuter à par-
tir du 1er juin*

La délibération concernant
cet accord ainsi que les con-
ventions seront adressées à
l'agent après la première
réunion de l'instance régio-
nale qui suit le traitement
du dossier (voir calendrier ci-
contre)

* adresse mail à indiquer dans
le dossier agent

CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE DOSSIERS CLASSIQUES V A E

EXAMEN DOSSIERS CLASSIQUES ET VAE

Un dossier peut être envoyé **au plus tôt 6 mois
avant le début de la formation**

Mardi 26 mars 2019

Date **limite** d'envoi des dossiers le **12/02/19**
cachet de la poste faisant foi

Mardi 02 juillet 2019

Date **limite** d'envoi des dossiers le **21/05/19**
cachet de la poste faisant foi

Mardi 24 septembre 2019

Date **limite** d'envoi des dossiers le **13/08/19**
cachet de la poste faisant foi

Mardi 26 novembre 2019

Date **limite** d'envoi des dossiers le **15/10/19**
cachet de la poste faisant foi



*Les dossiers doivent être envoyés par l'agent en
recommandé avec accusé de réception*

CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE DOSSIERS ETUDES PROMOTIONNELLES

EXAMEN DOSSIERS ETUDES PROMOTIONNELLES

Mardi 02 juillet 2019

**Pour les rentrées scolaires du 2ème
semestre 2019**

Fenêtre d'envoi des dossiers :

Du 26 avril au 24 mai inclus cachet de la poste
faisant foi

Mardi 26 novembre 2019

**Pour les rentrées scolaires du 1er semestre
de l'année 2020**

Fenêtre d'envoi des dossiers :

Du 30 septembre au 25 octobre inclus cachet de
la poste faisant foi

*Les dossiers doivent être envoyés par l'agent en
recommandé avec accusé de réception*