

## APPEL A PROJET FAR « FONDS D'ACCOMPAGNEMENT REGIONAL » DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Si vous répondez aux critères d'éligibilité ci-après, vous pouvez solliciter notre fonds complémentaire en décrivant vos besoins ponctuels pour financer plus de formations sur votre plan de formation 2025.

### ÉLIGIBILITE DE L'APPEL A PROJET

- Avoir transmis son plan de formation de l'année 2025 montrant un engagement prévisionnel de 75% minimum
- Avoir un bilan financier de l'année N-1 du taux de traitement inférieur à 35% (hors EP et apprentissage)
- Priorités :
  - 1) Etablissements de moins de 1 000 agents
  - 2) Projets co-construits multi établissements de + 1 000 agents (ex : par territoire, GHT, secteur, typologie d'Ets, ...)
  - 3) Etablissements de + 1 000 agents

### ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR : .....

CODE ETABLISSEMENT : ..... STATUT :  Sanitaire  Social  Médico-Social

Personne à contacter : ..... Fonction : .....

Téléphone : ..... E-Mail : .....

### PROJET

INTITULE DE LA FORMATION : .....

#### FORMATION INDIVIDUELLE

NOM AGENT : ..... PRENOM : ..... GRADE : .....

MOBILISATION DU CPF :  OUI Nombre d'heures mobilisées : .....  NON

FORMATION COLLECTIVE : nombre d'agents formés : .....

Agent(s) de catégorie C  Agent(s) de catégorie B  Agent(s) de catégorie A  Groupe mixte

MOBILISATION DU CPF :  OUI Nombre d'heures mobilisées : .....  NON

#### LE PROJET REpond A UN BESOIN :

- d'expérimentation ou d'innovation par son contenu
- de nouvelles modalités d'apprentissage, adaptées à un public, à une organisation
- d'insuffisance financière pour la mise en œuvre du plan validé en CTE
- Autres : .....

#### LA THEMATIQUE CIBLEE PAR LE PROJET :

- Montée en compétences par le biais d'une formation diplômante
- Formation spécifique au projet d'établissement
- Maintien dans l'emploi ou Seconde partie de carrière
- En lien avec la qualité de vie au travail
- En lien avec le développement durable
- Autres : .....



## ORGANISME

ORGANISME.....LIEU DE LA FORMATION :.....  
NUMERO DE SIRET : ..... NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE : .....  
ORGANISME QUALIOP :  OUI Si NON, ODPC :  OUI  
DATE DE DEBUT DE FORMATION ..... DATE DE FIN DE FORMATION : .....  
NOMBRE DE JOURS/HEURES DE FORMATION : .....

## FINANCEMENT

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2025				
2026				
2027				
2028				

FINANCEMENT DU PROJET : .... % sur le plan 83% et ..... % sollicité sur le fonds complémentaire de l'ANFH

## A TRANSMETTRE

- ➔ Convention de formation ou devis
- ➔ Programme de la formation
- ➔ Bulletin de salaire si formation individuelle

### RAPPEL DE PRISE EN CHARGE :

- ➔ Les modalités de prise en charge seront étudiées par les instances selon les besoins exprimés par les établissements
- ➔ Suivi par Séverine Rivière : s.riviere@anfh.fr

L'établissement atteste avoir pris connaissance des conditions de prise en charge de l'ANFH, certifie l'exactitude des renseignements fournis et la conformité des documents joints.

Le Directeur de l'établissement .....

Fait à : ..... Le : .....

Cachet de l'établissement et signature

## DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS

**Pour les établissements de – 1 000 agents et les projets multi-établissements de -1 000 agents : accord au fil de l'eau selon disponible financier**

**Pour les projets multi-établissements ayant au moins un établissement de + 1 000 agents et autres demandes d'établissements de + 1 000 agents :**

**1<sup>er</sup> recensement : 11 octobre 2024**

**2<sup>ème</sup> recensement : 26 février 2025**