

DEMANDE D'INTERVENTION DU SERVICE INSERTION MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Date de la saisine : L _ I L _ I L _ _ _ I

Collectivité : _____

Nom de la personne chargée du dossier : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Informations concernant l'agent

NOM: _____ Prénom : _____

Date de naissance : L _ I L _ I L _ _ _ I N° de Sécurité Sociale : _____

Direction : _____ Service : _____

Fonction : _____

Stagiaire Titulaire CNRACL Non titulaire IRCANTEC CUI-CAE Apprenti

Adresse: _____

Téléphone : _____

Médecin du travail : _____ Date de la dernière visite médicale : _____

Avec l'accord de l'agent, la présente fiche est servie par le service RH et transmise au CDG.

Objectif : accompagner les bénéficiaires relevant de l'obligation d'emploi prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005

L'AGENT EST-IL :

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Reconnu travailleur handicapé</p> <p><input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une Allocation Temporaire d'invalidité</p> <p><input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés d'une rente ou d'une allocation pour invalidité</p> <p><input type="checkbox"/> A reclasser</p> <p><input type="checkbox"/> Reclassé depuis le :</p> <p><input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte d'invalidité</p> | <p><input type="checkbox"/> Sous restriction d'aptitude et aménagement de poste</p> <p>Changeement d'affectation</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie Professionnelle (incapacité permanente au moins égale à 10%)</p> <p><input type="checkbox"/> Victime d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10%</p> <p>Dossier comité médical oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dossier commission de réforme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

Motif(s) de la demande

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Aménagement du poste de travail (exemples : mobiliers ou outils bureautique adaptés)</p> <p><input type="checkbox"/> Etude ergonomique du poste de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Amélioration des conditions de vie (Prothèses, fauteuils roulants, transport domicile/travail)</p> <p><input type="checkbox"/> Formation d'adaptation aux aides techniques (exemple : aux supports de communication)</p> <p><input type="checkbox"/> Information sur le dispositif FIPHP</p> <p><input type="checkbox"/> Formation individuelle professionnelle qualifiante ou diplômante</p> | <p><input type="checkbox"/> Bilan de compétences</p> <p><input type="checkbox"/> Reclassement statutaire</p> <p><input type="checkbox"/> Période de Préparation au Reclassement (PPR)</p> <p><input type="checkbox"/> Recrutement</p> <p><input type="checkbox"/> Recrutement d'apprentis</p> <p><input type="checkbox"/> Première demande RQTH (<i>Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Renouvellement RQTH</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (précisez) :</p> |
|--|---|

Autorité Territoriale	Agent
Date :	Date :
Signature-cachet	Signature

NOTE D'INFORMATION

Précisions importantes

Cette fiche ne peut être utilisée que par les services de ressources humaines des collectivités adhérentes à la prestation par convention.

La collectivité doit être à jour de sa contribution au FIPHFP.

Agents concernés

Sont concernés par cet accompagnement tous les agents publics territoriaux sur emploi permanent employés par la collectivité adhérente à la prestation dont l'état de santé, ou son évolution, serait de nature à les mettre dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de leurs missions.

Quand alerter ?

La demande d'intervention doit être réalisée de la façon la plus précoce possible pour que l'accompagnement proposé soit pertinent. Cette demande doit donc parvenir dès le début de l'arrêt de travail ou dès la formulation de contre-indications médicales.

Il est rappelé que la collectivité doit :

- signaler sans délai au Centre de Gestion tous les arrêts de travail, les accidents de service et maladies professionnelles affectant le personnel employé,
- alerter sans délai le médecin de prévention pour tous les arrêts maladie supérieurs à 21 jours et tous les accidents avec arrêt supérieur à 8 jours et dès lors qu'un arrêt de travail ou que l'état de santé d'un agent parait nécessiter un aménagement du poste de travail ou un reclassement professionnel (à court ou moyen terme).

Quelle sera la suite donnée à cette demande d'intervention ?

A réception de cette fiche, le Centre de Gestion procédera :

- **auprès de la collectivité** au recueil d'informations sur l'environnement de travail,
- **directement auprès de l'agent** au recueil d'informations médicales et sociales.

Ces éléments seront nécessaires à l'étude du dossier par une équipe pluridisciplinaire. Si la situation relève du maintien dans l'emploi ou du reclassement professionnel, une convention d'accompagnement individualisée sera proposée à la collectivité et à l'agent.

Le plan d'accompagnement individualisé pourra notamment comprendre des aménagements de poste de travail (étude ergonomique, organisation de service, demande de subvention FIPHFP), l'accompagnement organisationnel et administratif au reclassement sur un autre poste (bilan professionnel, formation professionnelle, ...) ou encore l'accompagnement de l'agent pour l'aider pendant son arrêt de travail et favoriser son retour au travail dans de bonnes conditions (assistante sociale, psychologue, ergonome...).

A qui envoyer cette fiche ?

La fiche doit être adressée au **Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale** accompagnée de la fiche de poste de l'agent ou d'un descriptif de ses tâches :

Par courrier :

Centre de Gestion - Maison des Collectivités - ZAC Etang Z'abricots - BP 1169 - 97249 FORT- DE - FRANCE
CEDEX

Par Email : cormile@cdg-martinique.fr ; handicap@cdg-martinique.fr