SALARIÉ DU PARTICULIER EMPLOYEUR

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2021

Ce bulletin d'inscription doit être complété puis adressé à l'organisme de formation que vous aurez choisi. N'hésitez pas à consulter la notice page 4 pour compléter ce bulletin d'inscription. Les engagements (page 3) doivent être signés manuscritement par le particulier employeur porteur et le salarié du particulier employeur.

BULLETIN D'INSCRIPTION

Ce bulletin provisoire est susceptible d'évoluer en cours d'année en raison de la révision éventuelle des critères de prises en charge de la branche professionnelle des salariés du particulier employeur. Un seul bulletin d'inscription est à remplir pour chaque module.

Toutes les informations de ce bulletin d'inscription sont obligatoirement à compléter.

A SALARIÉ

Voir la notice page 4

N° de passeport formation *(si vous avez déjà suivi une formation)* :

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom :

Prénom :

N° Sécurité Sociale :

Date de naissance : / /

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Mail :

Niveau d'études A1 :

Catégorie socio-professionnelle (CSP) A2 :

Métier(s) : Employé familial Assistant de vie Garde d'enfants Autres

PIÈCES JUSTIFICATIVES

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AUX NOM ET PRÉNOM DE L'EMPLOYEUR PORTEUR DÉCLARÉ :

Pour un salarié déclaré au Cncesu :
- Copie de l'avis de prélèvement automatique du Cncesu*

ou
- Attestation d'emploi valant bulletin de salaire du Cncesu*

Pour un salarié déclaré au Pajemploi :
- Copie du dernier décompte des cotisations Pajemploi*

ou
- Bulletin de salaire Pajemploi*

Pour un salarié déclaré à l'Urssaf :
- Copie du dernier avis d'échéance de cotisations trimestrielles Urssaf*

ou
- Justificatif de paiement Urssaf*

* La période d'emploi indiquée sur le document ne doit pas être datée de plus de 3 mois avant le démarrage de la formation.

+

- **Copie obligatoire** d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, titre de séjour...) du salarié.

+

- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) du salarié **obligatoire** :

Aucun remboursement ne sera effectué si le RIB n'est pas fourni.

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Ces éléments sont nécessaires pour le remboursement au salarié des salaires et frais annexes par IPERIA pour le compte de l'APNI.

Cadre du départ en formation : Utilisation du nombre d'heures du PLAN B1 : heures Voir la notice page 4

(Nombre d'heures identique au nombre d'heures mentionné en F3, page 2)

Salarié non cadre ou **Cadre**

Salaire horaire net habituel ***incluant les 10% de congés payés*** versé par l'employeur porteur : € *(Susceptible d'être revalorisé à hauteur du salaire minimum de croissance (SMIC) en vigueur)*

ATTENTION, dès le dernier jour de formation (cachet de La Poste ou date du mail faisant foi), aucune modification concernant le salaire horaire net ne pourra être prise en compte.

ÉLÉMENTS DE REMBOURSEMENT AU FORFAIT DES FRAIS ANNEXES À LA FORMATION :
Les frais annexes (km, repas et/ou hôtel) seront à déclarer par le salarié au moment du module de formation sur la feuille d'émargement.

Voir barème des frais annexes dans la notice page 4

LE PARTICULIER EMPLOYEUR N'A PAS À EFFECTUER DE DÉCLARATION AUPRÈS DE L'URSSAF, DU CNCESU OU DU CENTRE PAJEMPLOI POUR LES HEURES DE FORMATION. LA DÉCLARATION SERA EFFECTUÉE PAR L'IRCEM PRÉVOYANCE.

Lire le texte page 4, cadre B

C EMPLOYEUR PORTEUR DÉCLARÉ (INDIQUÉ SUR LE JUSTIFICATIF CNCESU OU PAJEMPLOI OU URSSAF JOINT À LA DEMANDE)

N° Cncesu, Pajemploi ou Urssaf :

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Mail :

D STRUCTURE MANDATAIRE VOUS ACCOMPAGNANT DANS VOS DÉMARCHES

À compléter afin que la structure soit informée des remboursements.

Nom de la structure :
Contact :
Adresse :
Téléphone :
Mail *(obligatoire)* :

E ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation :
Adresse :
CP : Ville :

F FORMATION

Voir la notice page 4

Complétez uniquement le cadre FA . Si votre demande est destinée à une certification, complétez les cadres FA et FB .

FA

Intitulé du module F1 :
Référence du module F2 :
Nombre d'heures du module F3 : heures
Date de début F4 : / / **Date de fin F4 :** / /
Lieu de formation F5 :
Mode de formation F6 : Présentiel FOAD Blended

FB

Voie de certification : Formation Accompagnement VAE
Certification visée : Assistant maternel/Garde d'enfants Employé familial Assistant de vie dépendance
Intitulé du bloc F7 :
Référence du bloc F8 :
Nombre d'heures du bloc + évaluation prévue F9 : heures
Si dernier module du bloc, **cochez la case**
Si dispense sur tous les modules du bloc, indiquez la date d'évaluation : / /

Les signatures doivent être obligatoirement manuscrites.

ENGAGEMENTS DU PARTICULIER EMPLOYEUR PORTEUR

Je soussigné(e) Mme/M _____ *(Particulier employeur porteur)* certifie :

- ✓ Être l'employeur porteur de mon salarié et à ce titre donne mandat à l'APNI (Association Paritaire Nationale Interbranches pour la mise en oeuvre des garanties sociales des salariés) pour effectuer en mon nom et pour mon compte :
  - ✓ Le versement, directement au salarié, du salaire ainsi que des frais annexes liés au départ en formation ;
  - ✓ Les déclarations et le paiement des cotisations et des contributions dues auprès de l'URSSAF pour le temps de formation.

  Le présent mandat est valable dans la limite de son objet pendant toute la durée de la formation et prend fin à l'issue de celle-ci.

  Avoir pris connaissance et accepté que l'APNI délègue :
  - ✓ À IPERIA, le soin de verser le salaire et les frais annexes liés au départ en formation, directement à mon salarié ;
  - ✓ À l'IRCEM Prévoyance, le soin de procéder aux déclarations et au paiement des cotisations et des contributions dues auprès de l'URSSAF.
- ✓ L'exactitude des informations indiquées dans le cadre B (aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte).
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que les frais de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel seront déclarés par mon salarié lors du module sur la feuille d'émargement (aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte).
- ✓ Avoir pris connaissance que mon salarié peut utiliser jusqu'à 58h de Plan de développement des compétences par année civile.
- ✓ Informer l'Université du Domicile (UDD) et l'organisme de formation de toute suspension (maladie, maternité, congé parental...) ou rupture du contrat de travail ou arrêt de l'action de formation.

Les informations recueillies à partir de ce bulletin d'inscription font l'objet d'un traitement informatisé fondé sur les obligations légales de l'APNI, IPERIA et l'UDD en tant que responsable du traitement à des fins de gestion et d'organisation de la formation des assistants maternels. Le renseignement et la communication des informations mentionnées dans le bulletin d'inscription et le traitement des informations y afférent sont indispensables pour permettre la gestion de la formation. A défaut, l'inscription ne pourra pas être traitée de manière optimale ou son traitement sera retardé. Les informations sont conservées pendant une durée limitée à l'exercice des finalités de traitement susmentionnées. L 'APNI, IPERIA, et l'UDD pourront être amenés à communiquer ces informations à leurs partenaires , notamment les organismes de formation labellisés et l'IRCEM prévoyance. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement général sur la protection des données UE 2016/679 (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification, d'opposition, de limitation, d'effacement des informations vous concernant et du droit de ne pas faire l'objet d'une décision individuelle automatisée y compris le profilage. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL et du droit de définir des directives quant au sort de vos données à caractère personnel après votre mort. Pour exercer vos droits, nous vous invitons à adresser un courrier à l'adresse suivante : UDD, 60 avenue de Quakenbrück - BP 136 - 61004 ALENÇON Cedex, ou par email à l'adresse électronique suivante : dpo@udd.eu

Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __ **Signature du particulier employeur porteur déclaré ou de son représentant légal* :**

**** En cas de présence d'un représentant légal (tuteur ou curateur), merci de préciser l'adresse de correspondance liée à ce départ en formation :***

Nom-Prénom : _____ *Qualité :* _____

Nom de la structure : _____

Adresse : _____

CP : _____ *Ville :* _____

ENGAGEMENTS DU SALARIÉ

Je soussigné(e) Mme/M _____ *(Salarié)* certifie :

- ✓ Avoir obtenu l'accord de mes employeurs dans le cas d'un départ en formation sur du temps de travail.
- ✓ L'exactitude des informations indiquées dans le cadre B (aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte).
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que les frais de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel seront déclarés par moi-même lors du module sur la feuille d'émargement (aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte). Je dispose d'un délai maximal de huit jours calendaires après le dernier jour de la formation (cachet de la poste faisant foi) pour demander par écrit la modification de ces frais.
- ✓ Avoir pris connaissance que je peux utiliser 58 h de Plan de développement des compétences par année civile.
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que l'APNI (Association Paritaire Nationale Interbranches pour la mise en oeuvre des garanties sociales des salariés), et par délégation IPERIA, me rembourse les rémunérations et frais annexes à la formation par virement sur mon compte.
- ✓ Pouvoir justifier de la réalité des dépenses de km (ticket de péage et de carburant), de repas et/ou d'hôtel déclarés par moi-même lors de la formation sur la feuille d'émargement. Les justificatifs devront être conservés 3 ans à compter de la date de fin de la formation.
- ✓ Informer l'Université du Domicile (UDD) et l'organisme de formation de toute suspension (maladie, maternité, congé parental...) ou décès de l'employeur porteur, rupture du contrat de travail ou arrêt de la formation.

Les informations recueillies à partir de ce bulletin d'inscription font l'objet d'un traitement informatisé fondé sur les obligations légales de l'APNI, IPERIA et l'UDD en tant que responsable du traitement à des fins de gestion et d'organisation de la formation des assistants maternels. Le renseignement et la communication des informations mentionnées dans le bulletin d'inscription et le traitement des informations y afférent sont indispensables pour permettre la gestion de la formation. A défaut, l'inscription ne pourra pas être traitée de manière optimale ou son traitement sera retardé. Les informations sont conservées pendant une durée limitée à l'exercice des finalités de traitement susmentionnées. L 'APNI, IPERIA, et l'UDD pourront être amenés à communiquer ces informations à leurs partenaires , notamment les organismes de formation labellisés et l'IRCEM prévoyance. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement général sur la protection des données UE 2016/679 (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification, d'opposition, de limitation, d'effacement des informations vous concernant et du droit de ne pas faire l'objet d'une décision individuelle automatisée y compris le profilage. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL et du droit de définir des directives quant au sort de vos données à caractère personnel après votre mort. Pour exercer vos droits, nous vous invitons à adresser un courrier à l'adresse suivante : UDD, 60 avenue de Quakenbrück - BP 136 - 61004 ALENÇON Cedex, ou par email à l'adresse électronique suivante : dpo@udd.eu

Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __ **Signature du salarié :**

NOTICE

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2021

Afin de vous aider à compléter le bulletin d'inscription, n'hésitez pas à contacter la plateforme d'IPERIA

0 800 820 920 Service & appel gratuits

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Toutes les pièces justificatives sont obligatoires. Le Relévé d'Identité Bancaire (RIB) aux nom et prénom du salarié est obligatoire (pour un remboursement par virement) même si le salarié a déjà suivi une formation.
Le salarié vient d'être recruté et l'employeur porteur n'a pas encore effectué de déclaration auprès de Pajemploi, CNCESU ou URSSAF :
Joindre dès que possible un justificatif CNCESU, Pajemploi ou URSSAF afin d'obtenir la prise en charge par IPERIA.

A SALARIÉ

L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété. Les nom et prénom indiqués dans le cadre A doivent être identiques aux nom et prénom indiqués sur le justificatif CNCESU ou Pajemploi ou URSSAF.

LE PASSEPORT DE FORMATION : Il a été remis au salarié si celui-ci a déjà suivi une formation. Dans le cas contraire, l'organisme de formation lui remettra un passeport à la fin de sa formation.

Niveau d'études A1 :

Renseigner le niveau d'études du salarié à l'entrée de la formation *(voir niveaux en dessous)* :

- **NON CONCERNÉ :** étude ou diplôme non reconnu en France
- **NIVEAU 2 :** sortie de collège avant la 3ème sans diplôme
- **NIVEAU 3 BIS :** sortie de 3ème ou abandon en classes de CAP/BEP avant la terminale
- **NIVEAU 3 :** sortie de l'année terminale de CAP/BEP ou abandon de la scolarité avant la terminale
- **NIVEAU 4 :** titulaire du bac ou abandon avant l'obtention d'un niveau Bac +2
- **NIVEAU 5 :** sortie avec le niveau Bac +2
- **NIVEAU 6 et 7 :** sortie avec un diplôme de 2 ou 3ème cycle universitaire ou de grande école

Catégorie socio-professionnelle (CSP) A2 :

Renseigner à quelle CSP le salarié appartient parmi la liste proposée ci-dessous :

- **1** - Ouvriers non qualifiés (ONQ)
- **2** - Ouvriers qualifiés (OQ)
- **3** - Employés (EMP)
- **4** - Techniciens / Agents de maîtrise (TAM)
- **5** - Ingénieurs et cadres (CAD)
- **6** - Dirigeants salariés (DS)
- **7** - Dirigeants non-salariés, exclus de la prise en charge par AGEFOS PME (DNS)

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

ATTENTION : que la formation ait lieu pendant le temps de travail ou hors temps de travail, la rémunération pendant la formation est soumise à cotisations et contributions sociales. L'IRCEM Prévoyance procédera à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions afférentes au temps de formation auprès de l'Urssaf. L'employeur porteur ne doit pas déclarer les heures de formation suivies par le salarié auprès du Cncesu, de Pajemploi ou de l'Urssaf, mais déclarer uniquement les heures réellement travaillées.

Cadre du départ en formation : B1 Vous devez indiquer le nombre d'heures de formation suivies dans le cadre du PLAN.

ÉLÉMENTS DE REMBOURSEMENT AU FORFAIT DES FRAIS ANNEXES À LA FORMATION

Les frais annexes (km, repas, nuits d'hôtel) seront déclarés jour par jour par le salarié lors du module de formation sur la feuille d'émargement :

- Le nombre total de kilomètres à parcourir correspond à la distance entre le lieu d'habitation du salarié et le lieu de la formation, aller/retour par jour de formation. Le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 200 km aller/retour par jour de formation. Le calcul des kilomètres doit être réalisé avec l'outil mis à disposition sur le site IPERIA via le lien suivant : https://www.iperia.eu/outils-et-services
- Le déjeuner se justifie lorsque la formation se déroule sur la journée entière.
- Le dîner est justifié dans le cadre d'un hébergement à l'hôtel.
- La nuit d'hôtel se justifie si la formation se déroule sur 2 jours consécutifs ou si, compte tenu du lieu de formation le salarié arrive la veille.
  En cas de nuits d'hôtel sur des jours de formation qui se suivent, le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 100 km aller et 100 km retour.

Barème des frais annexes au forfait :

0.211€ du km**	Le déjeuner et/ou dîner : **11€****	Nuit d'hôtel : **70€** pour la province ** **90€** pour Paris, petit déjeuner compris**

**Taux et montants indicatifs susceptibles d'être révisés en cours d'année

Les pièces justificatives sont à tenir à disposition d'IPERIA (frais de restauration, d'hôtel, et/ou de transport, y compris les tickets de péage et de carburant) qui peut à tout moment les demander et procéder aux corrections éventuelles.

Le remboursement des frais annexes à la formation sera subordonné à la réalisation effective de la formation.

C EMPLOYEUR PORTEUR* DÉCLARÉ

*Employeur qui porte le projet de formation du salarié

L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

Les nom et prénom indiqués dans le cadre C doivent être identiques aux nom et prénom indiqués sur le justificatif de cotisation du CNCESU ou Pajemploi ou Urssaf. En cas d'incohérence, un justificatif d'identité sera à nous fournir obligatoirement.

Numéro CNCESU, Pajemploi, URSSAF : le numéro correspond au numéro employeur indiqué sur l'avis de prélèvement CNCESU ou dernier décompte de cotisation Pajemploi ou dernier avis d'échéance de cotisation trimestriel URSSAF.

D STRUCTURE MANDATAIRE

L'ensemble des informations permettra de tenir informé la structure mandataire du versement adressé au salarié.

E ORGANISME DE FORMATION

L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

F FORMATION

Si votre demande est destinée à une certification, toutes les informations des cadres FA et FB doivent être complétées.

Si votre demande est destinée à un module non certifiant, seules les informations du cadre FA doivent être complétées.

F1 F2 F3 Sur le catalogue papier et notre site internet **www.iperia.eu**, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du module choisi.

F4 F5 Sur notre site internet **www.iperia.eu**, vous trouverez les dates et le lieu de formation.

F6 **Il existe 3 modes de formation :**
- Présentiel - FOAD (Formation à distance) - Blended (Présentiel et à distance)

F7 F8 F9 Sur le catalogue papier et notre site internet **www.iperia.eu**, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du bloc.

SIGNATURE *(page 2)* **:** les signatures doivent être obligatoirement manuscrites et originales.

Concernant les modalités de départ en formation, rendez-vous sur **www.udd.eu**