SALARIÉ DU PARTICULIER EMPLOYEUR

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

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2023

BULLETIN D'INSCRIPTION

Ce bulletin est susceptible d'évoluer en cours d'année en raison de la révision éventuelle des critères de prises en charge de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. 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

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 OBLIGATOIRES

Pour un salarié déclaré au Cncesu ou au Pajemploi :
- Bulletin de salaire* émanant du Cncesu ou de Pajemploi

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

ou
- Justificatif de paiement Urssaf* faisant apparaître l'identité du salarié.

+

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

+

- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) d'un établissement bancaire français aux nom et prénom du salarié.

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

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Cadre du départ en formation : Utilisation du nombre d'heures de PLAN hors temps de travail B1 : heures

Utilisation du nombre d'heures de PLAN sur temps de travail B2 : heures

(Les heures indiquées ne peuvent pas dépasser la volumétrie du module, page 2)

À compléter, uniquement si vous indiquez des heures de PLAN sur temps de travail en B2

Salaire horaire net habituel versé par l'employeur porteur B3 : € *(Susceptible d'être revalorisé à hauteur du salaire minimum de croissance (SMIC) en vigueur)*

ATTENTION, dès la réception de l'émargement, aucune modification concernant le salaire horaire net ne pourra être prise en compte.

Les frais annexes (km, repas et/ou hôtel) seront à déclarer par le salarié sur la feuille d'émargement, hormis en mode distanciel : FOAD et téléformation.

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 si la structure doit être informée du remboursement.*

Nom de la structure :

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/référence du module F1 :

Nombre d'heures du module F2 : heures **Date de début F3 :** / / **Date de fin F3 :** / /

Lieu de formation F4 :

Mode de formation F5 : ☐ Présentiel ☐ Téléformation ☐ FOAD ☐ Blended

FB

Voie de certification : ☐ Formation ☐ Accompagnement VAE

Certification visée : ☐ Assistant maternel/Garde d'enfants ☐ Employé familial ☐ Assistant de vie dépendance ☐ Répertoire spécifique ☐ Certificat de qualification professionnelle

Intitulé/référence du parcours certifiant F6 :

Nombre d'heures du parcours certifiant + évaluation prévue F7 : heures

Si dernier module du parcours certifiant ou si dispense sur tous les modules du parcours certifiant, indiquez la date d'évaluation : / /

1 heure d'évaluation : ☐ Hors temps de travail ☐ Sur temps de travail

Si l'évaluation a lieu sur le temps de travail, indiquez le salaire horaire net du particulier employeur porteur : €

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 d'information et d'innovation pour la mise en oeuvre des garanties sociales des salariés) pour effectuer en mon nom et pour mon compte :
  - ✓ Le versement, directement au salarié, de l'allocation de formation si la formation se déroule hors temps de travail, du salaire si la formation se déroule sur temps de travail 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 (marque de Certification et Compétences), le soin de verser le salaire, l'allocation de formation 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 (IPERIA est susceptible de réclamer des justificatifs dans le cadre de contrôles).
- ✓ 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, tout type de congés…), rupture du contrat de travail ou arrêt de la formation, qui entraîne un arrêt immédiat du droit (tenant compte du préavis légal applicable) à la prise en charge de la formation et des frais annexes le cas échéant. Dans le cadre d'un arrêt maladie, d'un accident du travail, ou d'une maladie professionnelle, un accord préalable de la CPAM conditionne le départ en formation.

Vos données personnelles sont utilisées dans le cadre du traitement de votre demande par les services habilités d'IPERIA (marque de Certification & Compétences) et de l'UDD et sont nécessaires à l'exécution de ce service. Elles sont conservées pour la durée légale de prescription des contrôles administratifs et financiers applicables aux actions de formation. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition et de portabilité de vos données si cela est applicable que vous pouvez exercer en vous adressant au CPD - IPERIA, 60 avenue de Quakenbrück • BP 136 • 61004 ALENÇON Cedex • cpd@iperia.eu. Vous bénéficiez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, l'autorité de contrôle en charge de la protection des données. Pour en savoir plus sur vos données et vos droits, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité disponible ici : https://www.udd.eu/politique-de-confidentialite/ ou sur demande à l'adresse mail suivante cpd@iperia.eu pour recevoir le support par mail ou courrier.

Date : / /

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

⚠ Les signatures doivent être obligatoirement manuscrites ou électroniques à condition qu'elles correspondent aux normes en vigueur (Universign, Docusign, Yousign, Je suis en cours, etc…).

** 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 pris connaissance et accepté mon départ en formation sur du PLAN hors temps de travail.
- ✔ 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 (IPERIA est susceptible de réclamer des justificatifs dans le cadre de contrôles).
- ✔ Si la formation a lieu sur temps de travail, avoir reporté le nombre d'heures sur temps de travail de tous les employeurs (case B2) et indiqué le salaire horaire net habituellement appliqué par l'employeur porteur dans la case B3.
- ✔ 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 pour demander par écrit auprès de l'organisme de formation 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 d'information et d'innovation pour la mise en oeuvre des garanties sociales des salariés), et par délégation IPERIA (marque de Certification et Compétences), me rembourse les rémunérations (allocation de formation et/ou salaire) 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 2 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, tout type de congés...) ou décès de l'employeur porteur, rupture du contrat de travail ou arrêt de la formation, qui entraîne un arrêt immédiat du droit (tenant compte du préavis légal applicable) à la prise en charge de la formation et des frais annexes le cas échéant. Dans le cadre d'un arrêt maladie, d'un accident du travail, ou d'une maladie professionnelle, un accord préalable de la CPAM conditionne le départ en formation.
- ✔ M'engager à rembourser les sommes indûment perçues.
- ✔ Avoir pris connaissance des différents documents mis à ma disposition sur le site www.udd.eu, dans le cadre de mon départ en formation.
- ✔ Avoir pris connaissance des conditions générales de vente de l'organisme de formation indiqué dans le cadre E (conditions d'annulation, ...)

Vos données personnelles sont utilisées dans le cadre du traitement de votre demande par les services habilités d'IPERIA (marque de Certification & Compétences) et de l'UDD et sont nécessaires à l'exécution de ce service. Elles sont conservées pour la durée légale de prescription des contrôles administratifs et financiers applicables aux actions de formation. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition et de portabilité de vos données si cela est applicable que vous pouvez exercer en vous adressant au CPD - IPERIA, 60 avenue de Quakenbrück • BP 136 • 61004 ALENÇON Cedex • cpd@iperia.eu. Vous bénéficiez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, l'autorité de contrôle en charge de la protection des données. Pour en savoir plus sur vos données et vos droits, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité disponible ici : https://www.udd.eu/politique-de-confidentialite/ ou sur demande à l'adresse mail suivante cpd@iperia.eu pour recevoir le support par mail ou courrier.

Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature du salarié :

⚠ Les signatures doivent être obligatoirement manuscrites ou électroniques à condition qu'elles correspondent aux normes en vigueur (Universign, Docusign, Yousign, Je suis en cours, etc...).

NOTICE

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2023

Afin de vous aider à compléter le bulletin d'inscription, n'hésitez pas à contacter la plateforme d'IPERIA.
Pour toute question suite à votre remboursement, écrivez à l'adresse email mandat@iperia.eu

0 800 820 920 Service & appel gratuits

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 les pièces justificatives obligatoires.

LE PASSEPORT DE FORMATION : s'il s'agit de votre premier départ en formation, il vous sera remis à la fin de la 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

Définition du Temps de travail : se définit comme la période pendant laquelle le salarié aurait dû exécuter sa prestation auprès de son/ses particulier(s) employeur(s).

ATTENTION : **si la formation a lieu sur du temps de travail, la rémunération pendant la formation est soumise à cotisations et contributions sociales. L'APNI 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 suivi dans le cadre du PLAN. Si la formation a lieu sur temps de travail : B3 vous devez notifier le salaire horaire net du salarié.

Pour information : le nombre d'heures de formation utilisé dans le cadre du PLAN hors temps de travail sera rémunéré au salarié sous la forme d'une allocation de formation forfaitisée à 8.30€ de l'heure* *(Nombre d'heures de formation x 8.30€)*. Seules les heures de formation effectivement réalisées hors temps de travail donnent lieu au versement de l'allocation de formation.
* Ce montant est susceptible d'évoluer en cours d'année.

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 sur la feuille d'émargement en cochant la ou les cases dédiées :

- Le nombre total de kilomètres à parcourir correspond à la distance entre le domicile 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 déjeuner se justifie lorsque la formation se déroule en présentiel sur la journée entière.
- Le dîner est justifié dans le cadre d'un hébergement à l'hôtel.
- La nuit d'hôtel le jour de la formation et/ou la veille se justifie si le temps de trajet (aller ou retour) entre le domicile et le lieu de formation est supérieur ou égal à 1 heure. 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 (premier jour d'hébergement) et 100 km retour (dernier jour d'hébergement).

Barème des frais annexes au forfait :

0.30€ du km**	Le déjeuner et/ou dîner : **14€****	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. Ce justificatif sera systématiquement détruit à l'issue du contrôle des financeurs.

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 un module non certifiant, seules les informations du cadre FA doivent être complétées.

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

F1 F2 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.

F3 F4 Sur notre site internet **www.iperia.eu**, vous trouverez les dates et le lieu de formation.

F5 **Il existe 4 modes de formation :**
- Présentiel - Téléformation - FOAD (Formation à distance)
- Blended (Présentiel et à distance)

F6 F7 Sur le catalogue papier et notre site internet **www.iperia.eu**, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du parcours certifiant.