

Le service Maintien du Cap emploi 44 intervient lorsqu'il y a un risque de rupture professionnelle du fait de l'état de santé ou du handicap d'une personne exerçant une activité professionnelle. Ce risque doit être constaté par le service de santé au travail, en amont d'une intervention de notre service. L'intervention se fait uniquement dans le cadre d'une situation individuelle pour une personne en arrêt de travail ou en poste.

..... Pour la bonne prise en compte de votre demande, merci de remplir l'ensemble des données demandées



LA DEMANDE

Date :

Qui est à l'origine de la demande ?

Si autre, précisez :

Objet :

Vous avez un projet de reconversion professionnelle ? Remplissez la fiche « CEP » ou contactez-nous à cepsalarie@capemploi44.fr

Précisez votre demande : l'élément déclencheur, les difficultés rencontrées, les solutions envisagées, les attentes vis à vis de l'intervention de Cap emploi 44, les personnes informées de la saisie du service maintien...



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le :

Code postal du lieu de naissance :

Adresse :

CP / Ville :

N° de téléphone :

E-mail :

N° de Sécurité sociale :

Identifiant France Travail :

Situation par rapport à l'emploi

Poste occupé :

Contrat de travail :

depuis le :

(Si CDD/Intérim) Jusqu'au :

Date de fin de période d'essai :

Rythme de travail :

Qualification professionnelle / catégorie de poste occupé :

Niveau de formation :

Situation au moment de la demande :

En poste

En arrêt de travail

En temps partiel thérapeutique

Depuis le :

Nature du handicap :

Etes-vous bénéficiaire d'un titre du statut de personne handicapée (BOETH) ?

Oui

Non

Si oui, précisez :

Titulaire de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé MDPH

Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

Titulaire de l'AAH ou de la carte d'invalidité MDPH

Titulaire de la carte mobilité inclusion avec mention invalidité

Autre catégorie (pensionné de guerre, mutilé de guerre ou assimilé...)



IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR DU LIEU D'EXERCICE DU SALARIÉ

Raison sociale du lieu d'exercice du salarié :

N° SIRET du lieu d'exercice :

Code APE (4 chiffres - 1 lettre) :

Activité :

Secteur :

Adresse :

CP / Ville :

N° de téléphone :

Effectif dans l'établissement ... des salariés :

... des travailleurs handicapés (BOETH) :

Contact du lieu d'exercice :

Fonction :

N° de téléphone :

E-mail :

Autre contact pour cette situation :

Fonction :

N° de téléphone :

E-mail :

Accord en faveur des personnes handicapées :

Un accord agréé relatif à l'emploi des personnes handicapées (exonératoire de la contribution Agefiph) s'applique-t-il à l'établissement concerné ? Oui Non Si oui, le quota de 6% est-il atteint ? Oui Non



AVIS MÉDICAL SUR LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Nom / Prénom du médecin du travail / prévention :

Service de Santé au Travail :

Site :

N° de téléphone :

E-mail :

Dernière visite effectuée le :

Type de visite :

Décision :

Si autre, précisez :

Avis d'aptitude avec restriction ou aménagement

Avis d'inaptitude

Avis simple

Sans objet (pas de médecin du travail ni prévention)

Origine de la problématique de santé :

Accident de trajet

Accident de travail

Accident autre

Aggravation du handicap

Évolution du cadre professionnel

Maladie professionnelle

Maladie autre

Restrictions / contre-indications / préconisations :

Le médecin souhaite-t-il être présent au rendez-vous organisé par Cap emploi dans l'entreprise ?

Oui Non

Avez-vous été suivi(e) par l'équipe Comète dans l'un des Centres de Rééducation Fonctionnelle : CRF Océanides, CMPR St-Jacques ou CMPR Côte d'Amour ?

Oui Non

Merci d'envoyer ce formulaire complété et enregistré à : maintien@capemploi44.fr

Joignez à votre envoi le titre de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés et la fiche de poste.

Découvrez les services Cap emploi en vidéo sur <https://urlz.fr/sasP>

Cap emploi 44 - 1, rue Didienne 44008 Nantes Cedex 1 - www.capemploi-44.com