



! 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 ou électroniquement à condition qu'ils correspondent aux normes en vigueur (Universign, Docusign, Yousign, Je suis en cours, etc...) 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 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

 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

SPE Branche professionnelle des salariés du particulier employeur

apni EMPLOI À DOMICILE

iperia

Université Du Domicile

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*

+

- 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

! Ces éléments sont nécessaires pour le remboursement au salarié des salaires et/ou allocation de formation et frais annexes par IPERIA (marque de Certification et Compétences) pour le compte de l'APNI.

Cadre du départ en formation : Utilisation du nombre d'heures de PLAN hors temps de travail **B1** : heures  Voir la notice page 4

Utilisation du nombre d'heures de PLAN sur temps de travail **B2** : heures  Voir la notice page 4

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

Salarié non cadre ou Cadre

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

Salaires horaires nets habituels **incluant les 10% de congés payés** versé par l'employeur porteur **B3** : € (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 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 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 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 Téléformation FOAD Blended

FB

Voie de certification : Formation Accompagnement VAE

Certification visée : Assistant maternel/Garde d'enfants Employé familial Assistant de vie dépendance

Intitulé du parcours certifiant **F7** : ⓘ

Référence du parcours certifiant **F8** : ⓘ

Nombre d'heures du parcours certifiant + évaluation prévue **F9** : 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 incluant les 10% de congés payés du particulier employeur porteur : €

! 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...).

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, 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).
- ✓ 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...), 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.

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 (marque de Certification et Compétences) et l'UDD en tant que responsable du traitement à des fins de gestion et d'organisation de la formation des salariés. Le renseignement et la communication des informations mentionnées dans le bulletin d'inscription et le traitement des informations y afférents sont indispensables pour permettre la gestion de la formation. À 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 (marque de Certification et Compétences), 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 135 - 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 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).
- ✓ 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 incluant les 10% de congés payés 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 (cachet de la poste faisant foi ou date d'envoi du mail) 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 (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, congé parental...) 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 UDD, dans le cadre de mon départ en 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 (marque de Certification et Compétences) et l'UDD en tant que responsable du traitement à des fins de gestion et d'organisation de la formation des salariés. Le renseignement et la communication des informations mentionnées dans le bulletin d'inscription et le traitement des informations y afférents sont indispensables pour permettre la gestion de la formation. À 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 (marque de Certification et Compétences), 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 135 - 61004 ALENÇON Cedex, ou par email à l'adresse électronique suivante : dpo@udd.eu

Date : / /

Signature du salarié :

NOTICE

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 Relevé d'Identité Bancaire (RIB) d'un établissement bancaire français au nom et prénom du salarié est obligatoire (pour un remboursement par virement) à chaque départ en 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 3^{ème} sans diplôme
- **NIVEAU 3 BIS** : sortie de 3^{ème} 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 3^{ème} 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 : si la formation a lieu sur du 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 suivi dans le cadre du PLAN. Si la formation a lieu sur temps de travail : **B3** vous devez notifier le salaire horaire net incluant les 10% de congés payés du salarié.

Pour information : le nombre d'heures de formation utilisé dans le cadre du PLAN hors temps de travail doit être rémunéré au salarié sous la forme d'une allocation de formation forfaitisée à 8.29€ de l'heure* (Nombre d'heures de formation x 8.29€). 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 :

- 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 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 le jour de la formation et/ou la veille se justifie si le temps de trajet entre le lieu d'habitation 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 :



0.211€
du km**



Le déjeuner et/ou dîner :
12€**



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.

Le 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 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 4 modes de formation :

- Présentiel - Téléformation - 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 parcours certifiant.



SIGNATURE (page 2) : 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...)



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