**DEMANDE D’INDEMNISATION**

**EN TANT QUE STAGIAIRE.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **« DEROULEMENT DES FORMATIONS »** | | | | | | | | PROCESSUS DE REALISATION N°2 | | |
| **« GESTION DU DOSSIER DU STAGIAIRE »** | | | | | | | | PROCEDURE N°11 | | |
| **« DEMANDE D’INDEMNISATION EN TANT QUE STAGIAIRE »** | | | | | | | | DOCUMENT N°14 | | |
| **Pilote du processus.** | | Alexandra CACELLI | | **Version.** | 2 | **Page(s).** | 3 | | **AXE** | **2** |
| **Création.** | Juin-18 | **Révision.** | Mai 19 | **Validation.** | Mai 19 | **Diffusion.** | Mai 19 | | **OBJECTIF** | **8** |
| **Par.** | JP GOLA | **Par.** | JP GOLA | **Par.** | G MUAVAKA | **Par.** | JP GOLA | | **CRITERE** | **19** |

|  |
| --- |
| logo DFPC  **DEMANDE D’INDEMNISATION EN TANT QUE**  **STAGIAIRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE**  **DE LA NOUVELLE-CALEDONIE** |

**A COMPLETER PAR LE STAGIAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTITE** | |
| Mme 🞎 Monsieur 🞎 | |
| **NOM[[1]](#footnote-1)** | **NOM DE JEUNE FILLE** |
| **PRENOM(S)** | **DATE DE NAISSANCE**  **/ /** |
| **NATIONALITE** | **LIEU DE NAISSANCE**  **(Commune – Département - Pays)** |
| **ADRESSE DE RESIDENCE AVANT L’ENTREE EN FORMATION** | |
| **RUE :** | |
| **COMMUNE** : | |
| **ADRESSE DE RESIDENCE PENDANT LA FORMATION** | |
| **RUE :** | |
| **COMMUNE** : | |
| **ADRESSE POSTALE** | |
| **BP : CODE POSTAL : COMMUNE :** | |
| **TEL (fixe et/ou portable) :**  **COURRIEL :** | |

|  |
| --- |
| **SITUATION FAMILIALE :**  **Célibataire** 🞎 **Marié(e) / PACS** 🞎 **Union libre** 🞎 **Veuf(ve) / Séparé(e) / Divorcé(e**) 🞎  **Nombre d’enfants à charge :** |
| **N° d’assuré CAFAT :** |
| **N° RIB :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Votre situation avant l’entrée en formation***  🡫 | | ***AUCUN DOSSIER INCOMPLET NE SERA EXAMINE***  *N° des pièces à fournir (voir liste en page 3)* |
| * Demandeur d’emploi non indemnisé par la CAFAT | | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 - 18 |
| * Demandeur d’emploi indemnisé par la CAFAT | | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 -6 - 18 |
| * Salarié en congé de formation | | 1 – 2 – 3 – 4 –7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 - 17 - 18 |
| * Travailleur indépendant | * Artisan * Agriculteur * Commerçant * Profession libérale * Autre : précisez | 1 – 2 – 3 – 4 – 7 – 13 – 14 – 1 – 16 – 17 - 18 |
| * Autre situation : précisez | | 1 – 2 – 3 – 4 – 18 |

**ACTIVITES PROFESSIONNELLES AVANT L’ENTREE EN FORMATION (5 dernières années)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PERIODE | | **Activité** | **Nom de l’employeur**  **Nom du centre de formation** |
| du | au |
| / / | / / |  |  |
| / / | / / |  |  |
| / / | / / |  |  |
| / / | / / |  |  |
| / / | / / |  |  |
| / / | / / |  |  |
| / / | / / |  |  |
| / / | / / |  |  |

**JE DEMANDE A BENEFICIER DE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDEUR D’EMPLOI** | **SALARIE ou TRAVAILLEUR INDEPENDANT** |
| **INDEMNITE DE FORMATION**  INTERNE 🞎 EXTERNE 🞎 | **INDEMNITE DE REMUNERATION**  🞎 |
| **PRISE EN CHARGE DE MES FRAIS DE TRANSPORT**  (début de formation)[[2]](#footnote-2)  🞎  ENTRE mon lieu de résidence :  ET mon lieu de formation : |

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’applique à ce document. Elle vous donne droit d’accès et de rectification pour les données vous concernant.

|  |
| --- |
| **DECLARATION SUR L’HONNEUR**  Je déclare sur l’honneur que :   * Les renseignements fournis dans ce document sont sincères et véritables ; * J’ai été averti(e) que je devrai rembourser tout ou partie des indemnités perçues en cas d’abandon sans motif légitime ou en cas d’exclusion disciplinaire ; * Je n’ai pas déposé d’autre demande d’indemnisation pour cette formation auprès d’un autre organisme ; * Je ne suis plus rémunéré par mon employeur.   Fait le  **/ /**  *Signature du stagiaire ou de son représentent légal* |

**LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

|  | | **VOUS ETES** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Demandeur d’emploi non indemnisé par la CAFAT | Demandeur d’emploi indemnisé par la CAFAT | Salarié en congé de formation | Travailleur indépendant | Autre situation |
| 1 | Copie d’une **pièce d’identité** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| 2 | **Certificat médical d’aptitude** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| **3** | **Relevé d’identité bancaire** (RIB) | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| 4 | **Autorisation de participation à la formation des parents ou tuteur légal[[3]](#footnote-3)** | **X** | **X** | **X** |  | **X** |
| 5 | **Justificatif d’inscription du service de l’emploi** | **X** | **X** |  |  |  |
| **6** | **Décision d’admission au bénéficie des allocations chômage** |  | **X** |  |  |  |
| **7** | **Lettre de motivation** définissant le projet professionnel du demandeur |  |  | **X** | **X** |  |
| **8** | **Curriculum vitae** actualisé |  |  | **X** | **X** |  |
| **9** | **Demande d'autorisation d'absence** au titre du congé de formation du salarié adressée à votre employeur |  |  | **X** |  |  |
| 10 | **Réponse favorable de votre employeur** valant autorisation d'absence |  |  | **X** |  |  |
| 11 | Copie du ou de vos **Contrat(s) de travail** ou Certificat(s) de travail prouvant une ancienneté d’au moins 24 mois consécutifs ou non dont six dans l’entreprise |  |  | **X** |  |  |
| 12 | Copie des **fiches de paie des douze mois** précédent votre entrée en formation |  |  | **X** |  |  |
| 13 | **Attestation de suspension de salaire** délivrée par l’employeur |  |  | **X** |  |  |
| 14 | Avis du RIDET |  |  |  | **X** |  |
| 15 | Procès-verbal de l’assemblée générale de la société fixant le montant de l’indemnité de gérance |  |  |  | **X** |  |
| 16 | Décision de la société qui suspend l’indemnité de gérance durant la formation |  |  |  | **X** |  |
| 17 | Attestation sur l’honneur de ne percevoir aucune forme de rémunération ou indemnité que les sommes versées par le Gouvernement de la NC, durant le stage de FPC. |  |  |  | **X** |  |
| 18 | Pour les stagiaires étrangers :   * copie du passeport en cours de validité + visa de travail * copie carte de résident * autorisation de travail | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |

**A COMPLETER PAR L’ORGANISME DE FORMATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **INTITULE DE LA FORMATION :** | |
| **ORGANISME DE FORMATION : GIEP-NC** | |
| **DATE DE DEBUT :** | **DATE DE FIN :** |
| **LIEU DE FORMATION :** | **DUREE DE LA FORMATION :**  **Jours en centre :**  **Jours en entreprise :**  **Durée hebdomadaire :** |
| **N° ET DATE DE L’ARRETE D’AGREMENT :** | |
| **Nbre maximum d’indemnités de formation :** | **Nbre total de dossiers transmis :** |
| **Nbre maximum d’indemnités de rémunération :** | **Nbre total de dossiers transmis :** |

***PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :***

* + *Liste des stagiaires*
  + *Calendrier prévisionnel de formation*

|  |
| --- |
| Le directeur de l’organisme de formation ou son représentant certifie que cette demande est comprise dans les limites de l’effectif agréé par la Nouvelle-Calédonie et que les mentions portées par le centre de formation sur le présent document sont exactes.  Fait le  **/ /**  *Signature du directeur ou de la personne habilitée*  CACHET DE L’ORGANISME |

|  |
| --- |
| **RESERVE A L’ADMINISTRATION**  🞎 ACCORD  Décision n° du / /  Type Indemnité :  IF taux plein 🞎 IF taux réduit 🞎 IR CIF 🞎 IR TI 🞎 IR DET 🞎  Montant mensuel : XPF  Frais de transport : XPF  🞎 REFUS  **Motif** à notifier au stagiaire :  **VISA** |

1. Marital ou d’usage pour les femmes mariées [↑](#footnote-ref-1)
2. Joindre le titre de transport et le justificatif de paiement à votre dossier [↑](#footnote-ref-2)
3. Pour les stagiaires mineurs [↑](#footnote-ref-3)