



11 rue de Rome
75008 Paris
Tél : 01 53 42 19 85
Fax : 01 55 30 03 12
contact@distrifaf.com

Coopératives de Consommateurs

DROIT INDIVIDUEL A LA FORMATION

Demande de Prise en Charge
A transmettre à la DRH de votre Coopérative

Le Droit Individuel à la Formation (DIF) permet à tout salarié de se constituer, chaque année, une possibilité de formation. L'utilisation du DIF est à l'initiative du salarié mais nécessite l'accord de l'employeur.

Quels droits pour bénéficier du DIF ?

Les salariés en CDI à temps complet ayant plus d'un an d'ancienneté acquièrent 20h de DIF par an. Les droits s'acquièrent au 31 décembre de chaque année, depuis le 01^{er} Mai 2004 et ne peuvent pas dépasser 120h.

Pour les salariés en CDI à temps partiel, les droits sont calculés au prorata temporis de la durée de travail contractualisé avec une majoration de 15% sans dépasser 20h par an.

Les salariés en CDD ayant 4 mois d'ancienneté bénéficient également du Droit Individuel à la Formation. Cependant, leurs demandes de prise en charge sont à adresser au Fongécif dont relève l'entreprise.

Les titulaires de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation sont exclus du dispositif du DIF.

Quelles sont les actions définies prioritaires par votre branche professionnelle ?

- | | |
|--|--------------------------|
| L'amélioration des techniques professionnelles et la prise en compte des évolutions technologiques | <input type="checkbox"/> |
| La maîtrise des techniques et des règles de la logistique, du transport et de la manutention | <input type="checkbox"/> |
| Le respect des bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité au travail | <input type="checkbox"/> |
| L'accroissement des compétences dans le domaine de la qualité des produits | <input type="checkbox"/> |
| La gestion administrative et comptable, la bureautique, l'informatique et le traitement de l'information | <input type="checkbox"/> |
| Le développement des techniques de communication et des compétences managériales | <input type="checkbox"/> |
| Le renforcement des méthodes et pratiques d'enseignement et de tutorat | <input type="checkbox"/> |
| Le perfectionnement dans le domaine de la législation sociale | <input type="checkbox"/> |
| Le bilan de compétences et à la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) | <input type="checkbox"/> |
| La connaissance du mouvement et de l'esprit coopératif ainsi que de l'entreprise | <input type="checkbox"/> |

Merci de cocher la catégorie proche de la formation que vous souhaitez suivre

PARTIE A REMPLIR par le (ou la) SALARIE(E) au moins 2 mois AVANT le début de la formation

VOTRE ENTREPRISE

Nom ou Raison Sociale : _____ Enseigne : _____
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
Tél : _____ Fax : _____ E mail : _____
SIRET : _____ Code APE : _____
Convention Collective : _____ Effectifs : _____

VOUS MÊME

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
Date de naissance : _____ Contrat (CDD/CDI, temps partiel/complet) _____
Emploi Actuel : _____ Dernier diplôme obtenu : _____

CALCUL DE VOS DROITS

Date d'entrée dans l'entreprise : _____ Horaire moyen hebdomadaire : _____
Droits acquis au 31 Décembre N-1 : _____ Droits déjà utilisés (en heures) : _____

ORGANISME DE FORMATION RETENU

Nom ou Raison Sociale : _____
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
Tél : _____ Fax : _____ E mail : _____
SIRET : _____ Code APE : _____
N° de déclaration d'existence : _____ Organisme : Privé Public
L'organisme est-il assujetti à la TVA : OUI NON

ACTION DE FORMATION

Intitulé du Stage : _____
Durée totale en heures : _____ Date de début : _____ Date de Fin : _____
Lieu : Entreprise Organisme Autres (adresse exacte) : _____
La formation débouche t-elle sur un diplôme ou une qualification ? OUI NON
Si oui, lequel ? _____
Quelle est la durée de la formation **Hors** Temps de Travail : _____ heures
COUT TOTAL H.T. DE LA FORMATION : _____ €

Correspondant à un public pouvant bénéficier du DIF, je présente, par ce document, ma participation à l'action de formation décrite ci-dessus et demande à mon employeur son accord sur le choix de la formation et son autorisation d'y participer. Je la certifie sincère et exacte.

Signature du (de la) salarié(e)

Date : _____

PARTIE A REMPLIR par l'EMPLOYEUR en cas d'ACCORD sur la DEMANDE

Je suis informé en ma qualité d'employeur que je dispose d'un mois pour répondre à la demande présentée par mon salarié. Ce délai d'un mois court à partir de la date de remise indiqué à la page précédente. La loi prévoit qu'au terme de ce délai, le silence de l'entreprise vaut acceptation de la demande du salarié.

LA DEMANDE RESULTE

- De l'exercice simple du droit du salarié OUI NON
- Fait suite à une démission OUI NON
Dans ce cas, la formation doit impérativement commencer avant la fin du préavis.
- Fait suite à un Licenciement OUI NON
Dans ce cas, veuillez utiliser le formulaire spécifique

VENTILATION des COUTS de la FORMATION

	Montant
Coût Pédagogique HT	
Salaires bruts + charges	
Allocation de Formation	
Hébergement	
Repas	
Transport	
TOTAL	

LISTE des DOCUMENTS à JOINDRE à la DEMANDE

- LE DEVIS OU LA CONVENTION DE FORMATION
(A noter : la formation est à l'initiative du salarié et/ou se déroule en partie Hors Temps de Travail, la convention doit être signée par le salarié)
- LE PROGRAMME DETAILLE DE LA FORMATION
- LA COPIE DU BULLETIN DE PAIE DU SALARIE ou L'ATTESTATION DE STATUT SALARIE

Le (la) salarié(e) Fait à Le Signature	Le (la) salarié(e) et l'employeur certifient que la date de remise de la demande à l'employeur est le : <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> Le délai de réponse de l'employeur est d'un mois à compter de cette date.	L'entreprise certifie l'exactitude des renseignements fournis. Fait à Le Nom et Signature du responsable, cachet de l'entreprise :
--	--	---

L'accord de l'entreprise est donné sous réserve des décisions de prise en charge et de financement de l'OPCAD DISTRIFAF

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR DISTRIFAF

Modalités de prise en charge :

L'entreprise doit être à jour de ses cotisations exigibles par DISTRIFAF et appliquer la convention collective des Coopératives de Consommateurs (CCN 3072 IDCC 0179) relevant du champ de compétence de DISTRIFAF.

La demande de prise en charge doit parvenir **dûment complétée** à DISTRIFAF **au moins un mois avant le début** de la formation.

Après étude du dossier, DISTRIFAF adresse un courrier à l'entreprise pour lui faire part de sa décision.

Le montant des financements varie selon les priorités définies par la branche professionnelle et du barème en vigueur (cf. www.distrifaf.com).
Tout financement est soumis aux disponibilités financières de DISTRIFAF à la date de réception de la demande.

DISTRIFAF conseille à l'entreprise de ne pas s'engager avec l'organisme de formation en attendant la réception de l'accord de prise en charge et de le prévenir dès réception de l'accord. **La prise en charge pouvant être refusée ou partielle.**

En cas de modification de la demande (dates, nombre heures de formation, lieu de réalisation, salariés participants, nature de la formation...), l'entreprise devra **immédiatement prévenir DISTRIFAF**, et lui fournir les documents correspondants. Cependant, DISTRIFAF se réserve le droit d'annuler la prise en charge et demander à l'entreprise d'établir un nouveau dossier.

Modalités de règlement :

Le remboursement des frais de formation pris en charge sera réglé directement à l'entreprise, à l'issue de la formation, après fourniture des justificatifs nécessaires.

- la demande de remboursement dûment remplie (jointe avec l'accord de prise en charge)
- la facture acquittée de l'organisme de formation
- la copie de l'attestation de présence ou des feuilles d'émargement dûment signées par le formateur **et par le salarié**, mentionnant le nombre d'heures prévues et le nombre d'heures réellement effectuées.

Aucune somme ne sera due par DISTRIFAF si la demande de remboursement n'est pas transmise dans **un délai de trois mois maximum** après le dernier jour de la formation ou en cas de **non réponse aux relances de DISTRIFAF**, dans le délai imparti.

Aucun règlement ne pourra intervenir si l'entreprise n'est pas à jour des cotisations exigibles par DISTRIFAF au moment du règlement.

ATTESTATION ET ENGAGEMENT DE L'ENTREPRISE

L'entreprise déclare :

- Que les informations transmises sur la demande sont sincères et véritables

Et s'engage :

- A ne pas demander le même financement à un autre OPCA ;
- A ne pas demander le financement des demandes au titre du DIF formulées par les salariés en contrat à durée déterminée (CDD) ;
- A demander la prise en charge d'une action DIF dans la limite des heures acquises et non utilisées du salarié au titre du DIF ;
- A tenir à disposition de DISTRIFAF, dans les délais prescrits, les pièces justificatives (bulletins de salaires, attestations de présence, accord écrit du salarié si la formation se déroule hors temps de travail), ou à conserver celles-ci et à se soumettre aux contrôles pouvant être réalisés par DISTRIFAF ;
- A informer DISTRIFAF et l'organisme de formation de toute suspension (maladie, maternité, congé parental...) ou rupture de contrat de travail ou arrêt de l'action de formation ;
- A respecter les dispositions légales portant sur la réalisation de la formation :
 - Dans le cas où les heures de formation se déroulent pendant le temps de travail*
 - A rémunérer le salarié pour les heures de formation comme du temps de travail effectif
 - Dans le cas où les heures de formation se déroulent en tout ou partie hors temps de travail :*
 - A avoir au préalable recueilli l'accord écrit du salarié,
 - A ne pas dépasser, pour les actions de développement de compétences du plan de formation ou pour les actions réalisées dans le cadre de la période de professionnalisation, 80 heures de formation hors temps de travail par année et par salarié, augmentées éventuellement des heures de DIF, si l'action a été demandée dans le cadre du DIF par le salarié,
 - A verser au salarié une allocation de formation, pour les heures de formation réalisées hors temps de travail. Cette allocation correspondant à 50% du salaire horaire net de référence (rémunération nette moyenne perçues sur les douze derniers mois).

Nom et Fonction du Signataire _____

Fait à _____ le _____ Signature et cachet de l'entreprise :