

# Coopératives de Consommateurs

## PLAN DE FORMATION DE L'ENTREPRISE

### Demande de Prise en Charge

Votre entreprise souhaite faire suivre une action de formation professionnelle à un ou plusieurs de ses salariés et sollicite l'OPCAD DISTRIFAF pour un financement éventuel.

#### Qui demande la formation ?

Si la demande correspond à la volonté de l'employeur, cet imprimé est le bon.  
Si au contraire, la demande est à l'initiative du salarié, merci d'utiliser l'imprimé de demande de prise en charge dans le cadre du Droit Individuel à la Formation (DIF).

#### De quelle formation s'agit-il ?

Légalement, les formations doivent être classées par catégorie de formation. Depuis Novembre 2009, il en existe plus que 2. Veuillez indiquer en rayant la catégorie non utile, la catégorie qui correspond à l'action de formation préparée.

##### Catégorie 1

L'objectif de la formation est l'adaptation du salarié à son poste de travail, ou l'évolution/maintien dans son emploi actuel.

##### Catégorie 2

L'objectif de la formation est le développement de compétences du salarié dans un autre domaine de compétences que celui de son emploi actuel.

#### Quand se déroule la formation ?

Les formations de catégorie 2 peuvent se dérouler en partie en dehors du Temps de Travail pour une durée maximale de 80h/an/salarié et avec l'accord écrit du salarié. C'est pourquoi, veuillez indiquer en rayant les cadres non utiles, comment va se dérouler la formation.

Pendant le Temps de Travail

Hors Temps de Travail

En partie Hors Temps de Travail

## VOTRE ENTREPRISE

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

## 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 ENVISAGEE

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 : \_\_\_\_\_ €

## VENTILATION des COUTS de la FORMATION

	Montant
Coût Pédagogique HT	
Salaires bruts + charges	
Allocation de Formation	
Hébergement	
Repas	
Transport	
<b>TOTAL</b>	

## 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

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARTICIPANTS À LA FORMATION

NOM	PRENOM	Date de Naissance	Niveau de formation*	CSP*	Date Ancienneté	CDD	CDI

### \* Notice explicative et informations complémentaires

*(Les informations demandées permettent à l'OPCAD DISTRIFAF d'établir des données statistiques anonymes demandées par le ministère et vos branches professionnelles. Nous vous remercions de les compléter le mieux possible)*

Niveau de Formation		CSP	
1	Niveau supérieur à la maîtrise	<b>ONQ</b>	Ouvrier non Qualifié
2	Niveau I et II (licence)	<b>OQ</b>	Ouvrier Qualifié
3	Niveau III (BTS, DUT, DEUG)	<b>EMP</b>	Employé
4	Niveau IV (BAC, BP, BT)	<b>AM</b>	Agent de maîtrise
5	Niveau V (BEP, CAP)	<b>T</b>	Technicien
6	Niveau V bis (CEP)	<b>ING</b>	Ingénieur et cadre
7	Niveau VI (Fin de scolarité)	<b>DS</b>	Dirigeant salarié
9	Indéfini		

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR DISTRIFAF

### Modalités de prise en charge :

L'entreprise doit à 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](http://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 :