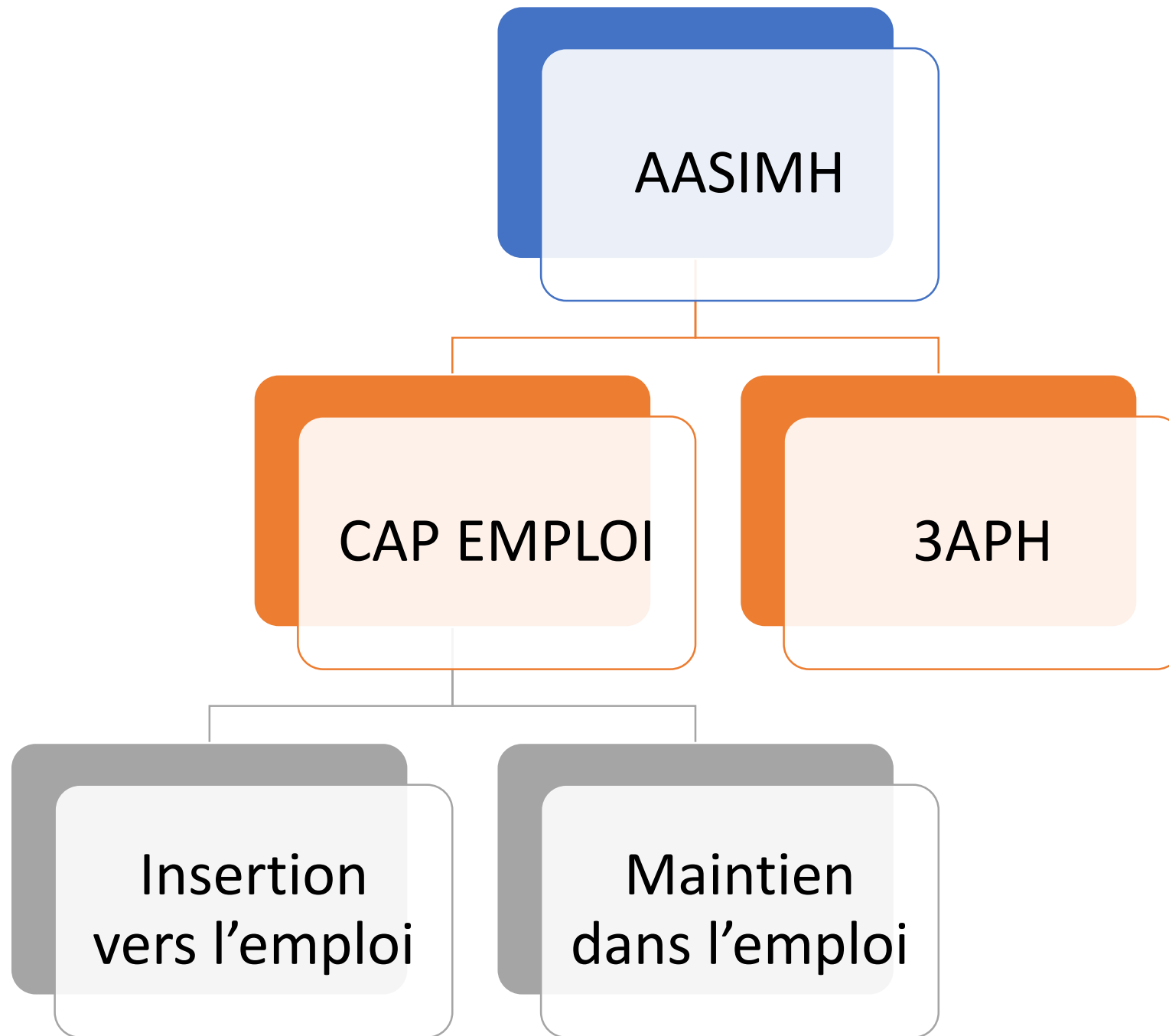


3APH



Action d'Accompagnement vers l'Alternance
des Personnes en situation de Handicap

Présentation



3APH



1. Pourquoi l'alternance ?

2. Les objectifs du dispositif

3. Les bénéficiaires

4. Les prescripteurs

5. La prescription

6. Les trois prestations



1. Pourquoi l'alternance ?

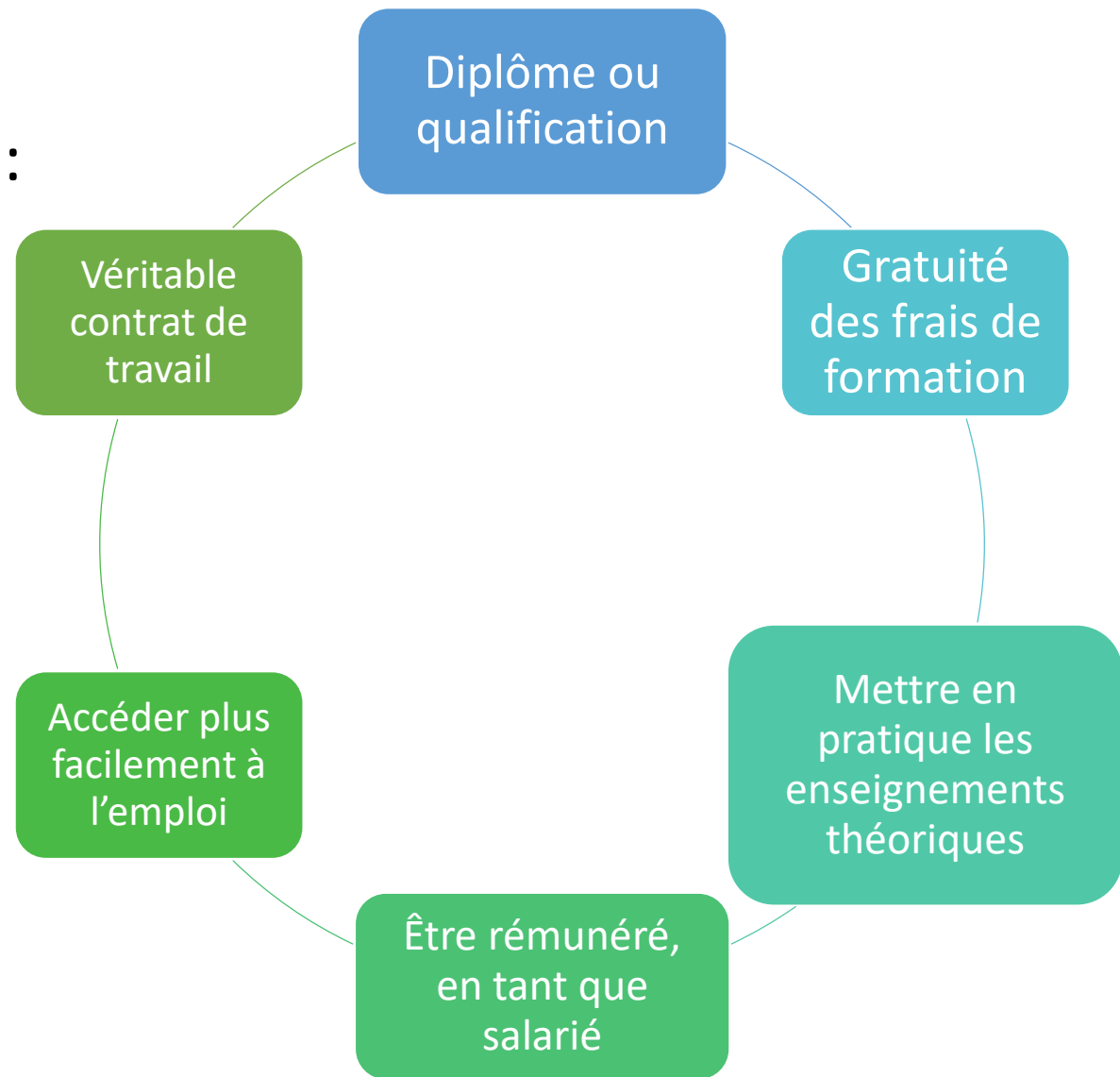
Contrat d'apprentissage	Contrat de professionnalisation
Durée : entre 6 mois et 4 ans. Temps consacré à la formation : entre 25 et 50% de la durée du contrat.	Durée maximale de 24 mois. Temps consacré à la formation : entre 15 et 25% de la durée totale du contrat (minimum 150h)
Diplômant	Qualifiant

➤ Pas de limite d'âge pour les travailleurs en situation de handicap.



1. Pourquoi l'alternance ?

- Avantages pour l'alternant :





1. Pourquoi l'alternance ?

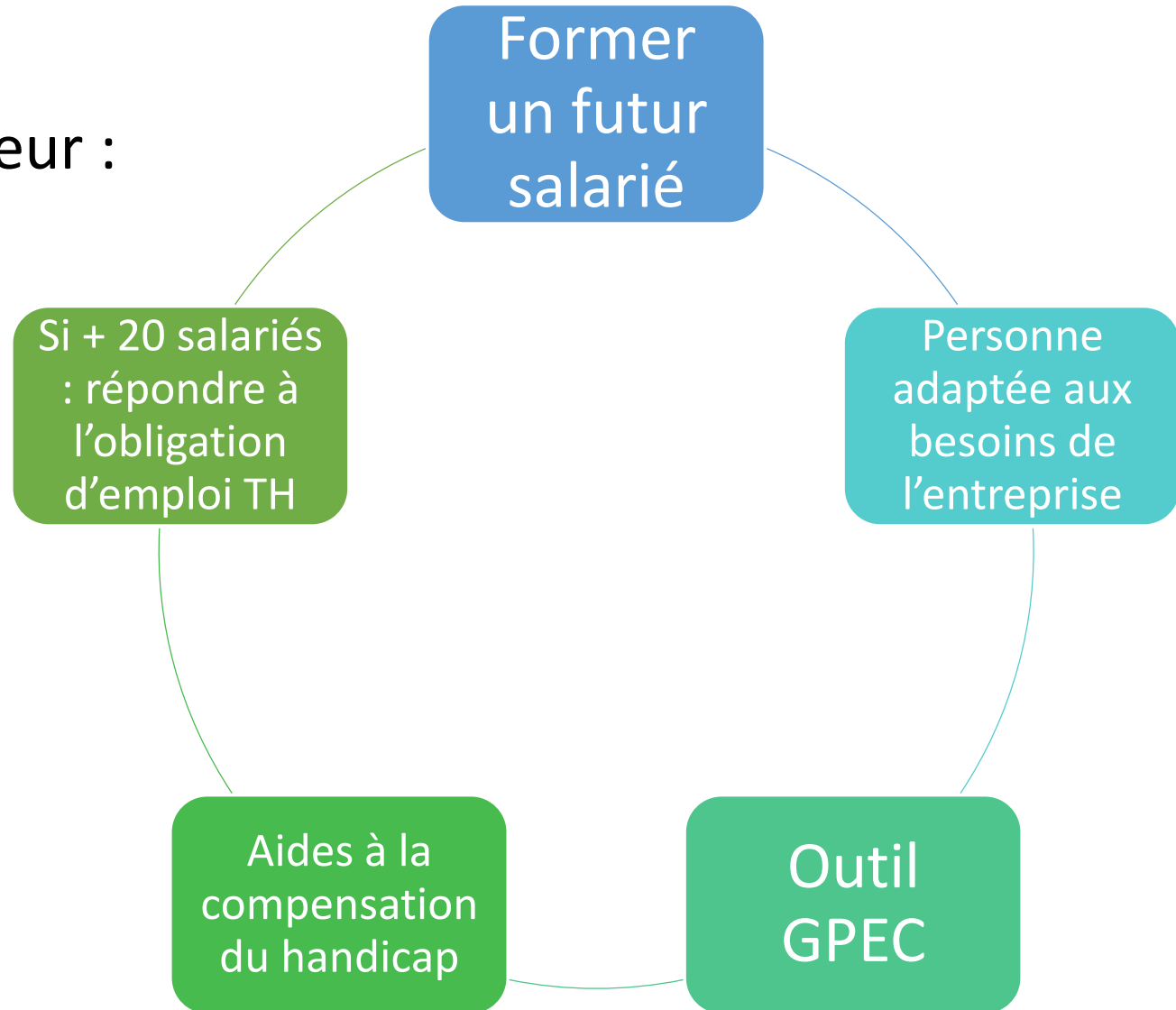
• La rémunération en apprentissage : (salaire mini pour un temps complet au 1/1/20)

Année d'exécution du contrat	De 15 à 17 ans	De 18 à 20 ans	A partir de 21 ans	26 ans et +
1 ^{ère} année	415,64 € (27% du SMIC)	661,95 € (43%)	815,89 € (53%)	SMIC : 1539,42 € (100%)
2 ^{ème} année	600,37 € (39%)	785,10 € (51%)	939,04 € (61%)	SMIC : 1539,42 € (100%)
3 ^{ème} année	846,68 € (55%)	1031,41 € (67%)	1200,74 € (78%)	SMIC : 1539,42 € (100%)



1. Pourquoi l'alternance ?

- Avantages pour l'employeur :





2. Les objectifs du dispositif

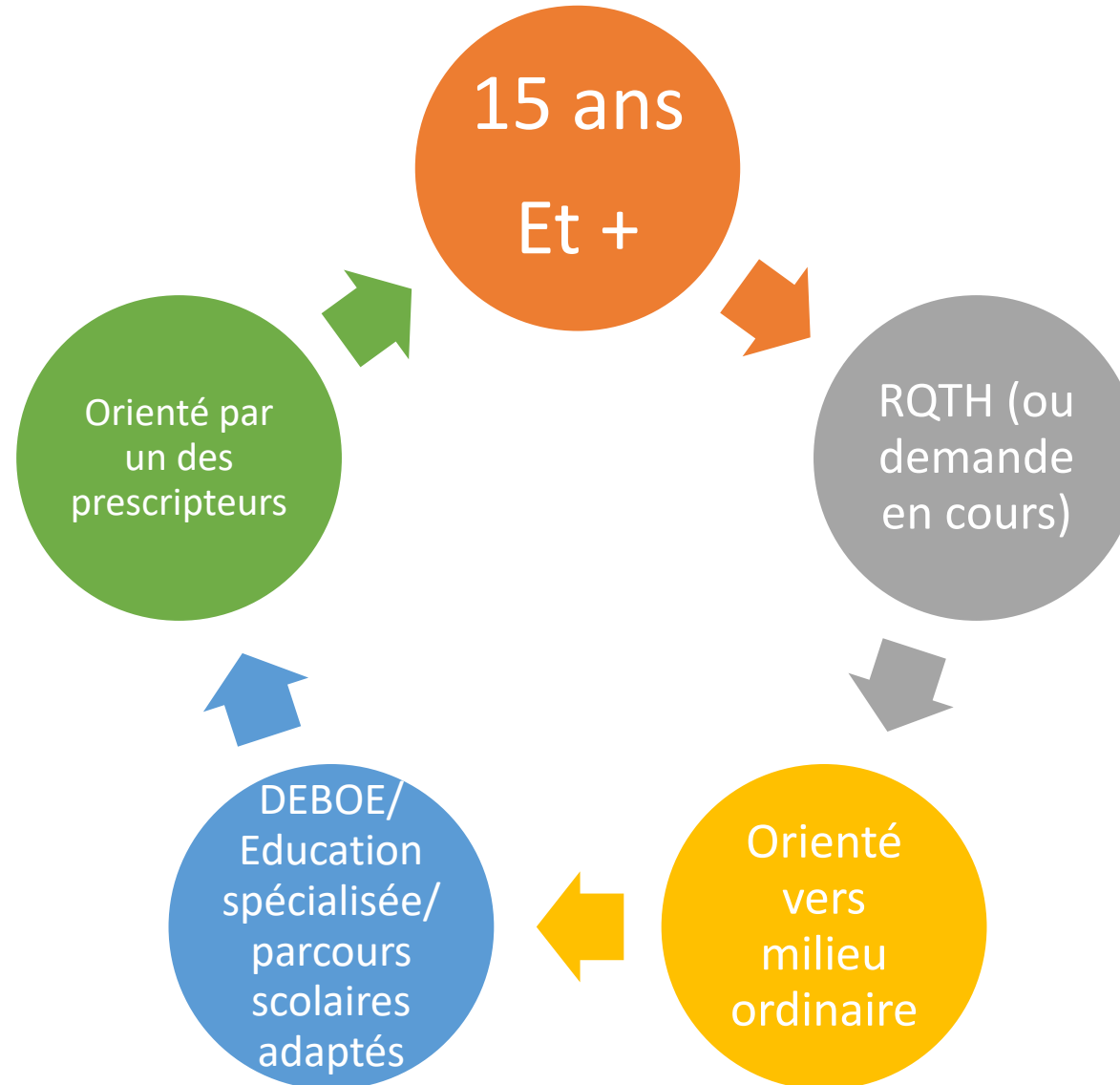
Un
accompagnement
renforcé

Un
accompagnement
tout au long du
parcours

Sécurisation :
insertion pérenne



3. Les bénéficiaires





4. Les prescripteurs

Organismes

- Pôle Emploi
- Cap Emploi
- Missions locales

EMSE

- IME
- IMPRO
- SESSAD
- ITEP

Education nationale


- ULIS
- SEGPA

CFA ou
organismes de
formation




Fiche unique à compléter :

5. La prescription



IPHOHO
Institut Professionnel et Social
des personnes en situation de Handicap de l'Occitanie



IPHOHO
Institut Professionnel et Social
des personnes en situation de Handicap de l'Occitanie

Prestation d'Accompagnement vers l'Alternance des Personnes Handicapées

3APH

Fiche de prescription
A envoyer à : 3aph@asstmh.fr
Joindre une copie du titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi et un CV

Identité et coordonnées du prescripteur

Pôle Emploi Etablissements médico-sociaux éducatifs
 OPS Education Nationale
 Mission Locale Agefiph
 Organisme de formation CFA

Adresse complète : _____

Nom et prénom du correspondant : _____ Fonction : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire

Nom et prénom : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

Date de naissance : _____

Situation de la personne bénéficiaire

Type de handicap : Moteur Visuel Mental Maladie invalidante
 Auditif Psychique Multi handicap

Situation avant prescription : Inscrit à Pôle Emploi Scolarisé Education Nationale
 Suivi par l'OPS Sortant de la plate forme préparatoire à l'alternance PPAH
 Suivi par la Mission Locale En contrat d'apprentissage
 En établissement médico-social éducatif En contrat de professionnalisation

Reconnaissance du handicap : MDPH marché du travail En attente de reconnaissance
 AAH seule Carte d'invalidité seule
 Pension ou rente d'invalidité
 Autre (préciser) : _____

Durée d'inactivité professionnelle : Moins de 3 mois
 De 3 à 6 mois
 De 7 à 12 mois
 De 12 à 18 mois
 De 18 à 24 mois
 Plus de 24 mois

Niveau de formation : Niveau VI ou VI bis
 Niveau V bis
 Niveau V
 Niveau IV
 Niveau I à III

Prescription

Exposé des besoins identifiés et des attentes particulières en lien avec l'alternance :

Service sollicité : P1 : Confirmation du projet professionnel
 P2 : Accompagnement à l'entrée dans le contrat
 P3 : Accompagnement et sécurisation du parcours durant le contrat

Coordonnées de l'organisme de formation et de l'employeur (si contrat en alternance signé)

Nom de l'organisme de formation : _____

Nom et prénom du correspondant : _____ Fonction : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

Raison sociale de l'employeur : _____

Nom et prénom du correspondant : _____ Fonction : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

Si Fonction Publique : Fonction Publique d'Etat
 Fonction Publique Territoriale
 Fonction Publique Hospitalière

Le bénéficiaire a confirmé son accord pour la prestation prescrite.

Date : _____	Signature du bénéficiaire et/ou du représentant légal : _____
	Signature du prescripteur : _____

Version du 12 janvier 2018

Version du 12 janvier 2018

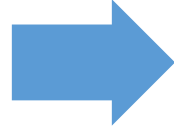


6. Les trois prestations

P1 : Confirmation du projet professionnel

- Effectuer diagnostic
- Vérifier pertinence/faisabilité
- Travailler sur les freins
- Aider à la recherche de l'employeur/ CFA
- Travailler CV/LM/entretien
- Mettre en place d'un stage (PMSMP)
- Informer les employeurs sur les aides financières

Avant la signature du contrat



P2 : Accompagnement à l'entrée du contrat

- Etablir lien de proximité avec bénéficiaire/entreprise/CFA/prescripteur
- Identifier aides pertinentes pour lever freins
- Monter dossiers d'aides financières avec les employeurs
- Demander aides financières pour apprentis (si besoin)

Signature du contrat et les 3 mois suivants



P3 : Accompagnement et sécurisation pendant le contrat

- Effectuer un suivi personnalisé
- Faire des rencontres régulières/médiation
- Accompagner étapes de transitions pendant et en fin de contrat (y compris ruptures)

Après les 3 premiers mois du contrat jusqu'à la fin



6. Les trois prestations

Les aides complémentaires que nous pouvons solliciter :

- **Prestations d'Appuis Spécifiques (P.A.S)**
 - Moteur
 - Auditif
 - Visuel
 - Handicap Psychique
 - Handicap Mental
 - Troubles Cognitifs

- **PAPICATH (Plan d'Adaptation Pédagogique Individuel dans le cadre de Contrat d'Apprentissage Travailleur Handicapé)**

3APH



AASIMH

Association Axonaise Spécialisée pour l'Insertion
et le Maintien en emploi des personnes en situation de
Handicap

83 boulevard Jean Bouin
02100 Saint Quentin

03 23 08 40 20

Contact :

Référent de l'action :

Elodie BRISVILLE

Tel : 06.34.67.03.36

Mail : 3aph@aasimh.fr