

Cap emploi intervient pour toute situation individuelle dans laquelle une personne risque de perdre son emploi du fait des difficultés liées à la situation de travail et son état de santé ou son handicap. Nos chargés de missions **accompagnent employeurs et salariés** pour les besoins de **maintien dans l'emploi** pour prévenir le licenciement pour inaptitude médicale, pour les souhaits **d'évolution professionnelle, de reclassement et de transition professionnelle**. Nos chargés de missions **conseillent les partenaires** sur l'évaluation de la situation et les préconisations possibles à mettre en œuvre. Cap emploi est également **opérateur du CEP**, conseil en évolution professionnelle.

CAP EMPLOI 92

Vous êtes employeur ? Médecin conseil ? Médecin du travail ou de prévention ? Salarié, agent de la fonction publique, travailleur indépendant ? Partenaire ? Remplissez ce formulaire, nous vous recontacterons dans les plus brefs délais pour une évaluation de la demande.

Remplir les champs en fonction du profil de la personne complétant ce questionnaire.

* champ obligatoire

Formulaire Signalement

Demande : Origine de la demande

Personne concernée*

Je suis concerné(e) personnellement par ce signalement

Je réalise ce signalement pour une autre personne

Vous êtes :

Si vous n'êtes pas le salarié concerné

Est-ce que le bénéficiaire est informé de la démarche ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Est-ce que l'employeur est informé de la démarche ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Est-ce que le médecin du travail est informé de la démarche ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Demande : Type de la demande

Type de demande ?*

Accompagnement au maintien au poste

Accompagnement au reclassement dans l'entreprise

Conseil en évolution professionnelle

Transition externe / reclassement hors de l'entreprise

Recherche d'une adaptation de poste (ex : prothèse auditive, clavier braille, Chaussure de sécurité orthopédique,)

Préciser

Autre Préciser

Précisez votre demande :

Élément déclencheur, difficultés rencontrées, solutions envisagées, attentes vis à vis de l'intervention de Cap emploi, personnes informées de cette démarche.

Informations complémentaires / Fiche contact

Salarié / Agent concerné

Nom*

Date de naissance*

Téléphone*

Prénom*

E-mail*

Code postal/Ville*

Titre de bénéficiaire de la loi «Handicap» 2005*

Reconnaissance travailleur handicapé obtenue

Demande de reconnaissance travailleur handicapé en cours

Rente Accident du Travail / Maladie Professionnelle

Invalité CPAM

Autre : AAH, Carte d'invalidité...

Aucun titre

Type de handicap :

Moteur

Auditif

Visuel

Maladie invalidante

Troubles cognitifs

Psychique

Poste occupé*

Contrat*

Situation du salarié*

Employeur

Raison sociale*
Code postal/Ville*

Activité
Siret

Contact Employeur :

Nom*
Téléphone*
Fonction

Prénom*
E-mail*

Le salarié travaille-t'il sur un autre lieu* ?

Oui Non Code postal / ville*

Secteur*

Public Privé

Convention AGEFIPH / Convention FIPH-FP

Oui Non Je ne sais pas Autre

Accord agréé relatif à l'emploi des personnes handicapées au titre de l'article L5212-8 du Code du Travail (exonérateur de la contribution)

Oui Non Je ne sais pas

Service de prévention et de santé au travail (SPST) Médecin du travail

Nom du SPST

Contact

Nom*
Téléphone*
Fonction

Prénom*
E-mail*

Partenaire à l'origine de la demande

Nom de l'organisme

Contact

Nom*
Téléphone*
Fonction

Prénom*
E-mail*

Consentement

J'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient traitées par Cap emploi pour que la demande d'intervention soit prise en compte*

J'ai lu et j'accepte les CGU (mentions légales), la politique de la protection des données personnelles et la politique des cookies*

Vous souhaitez recevoir une copie de la demande, renseignez votre adresse e-mail :

Adresser votre signalement en format pdf par mail à contact@capemploi92.org