



MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION



VOUS COTISEZ À LA FORMATION PROFESSIONNELLE AUPRÈS DE L'URSSAF

✓ CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Vous êtes chef d'entreprise, conjoint-collaborateur ou associé d'une SNC.	Vous n'avez pas épuisé votre crédit à la formation.	Vous n'êtes pas inscrit au Répertoire des Métiers.	Vous dépendez de l'Agefice.
---	---	--	-----------------------------

✉ DOCUMENTS À ENVOYER À FORMATION BURALISTES IMPÉRATIVEMENT AU MINIMUM 10 JOURS AVANT LA FORMATION

📄 Votre devis **signé par le stagiaire**.

📄 La «Demande préalable de financement d'une action de formation» (Agefice) complétée et **signée par le stagiaire** (voir exemple ci-joint).

📄 Une copie de votre attestation CFP (contribution au FAF) **datée de 2019** pour l'activité 2018 mentionnant l'Agefice. Celle-ci est délivrée par l'URSSAF, à télécharger sur www.secu-independants.fr.



VOUS COTISEZ À LA FORMATION PROFESSIONNELLE AUPRÈS D'UN AUTRE ORGANISME

Si vous cotisez auprès du FIF-PL

Si vous cotisez auprès de la MSA

Si vous êtes immatriculé au Répertoire des Métiers (exemple : vous êtes artisan et votre activité principale est «boulangerie»)

Si vous cotisez auprès d'un autre organisme



PAS DE PRISE EN CHARGE POSSIBLE PAR L'AGEFICE

Pour obtenir votre remboursement, nous vous conseillons de vous renseigner pour savoir auprès de quel organisme vous cotisez.

Vous devrez faire les démarches administratives auprès de l'organisme compétent avant la date de formation.



MODÈLE D'ATTESTATION DE CONTRIBUTION À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

PENSEZ À BIEN VÉRIFIER LA VALIDITÉ DE VOTRE ATTESTATION AVANT DE NOUS LA RETOURNER

URSSAF SÉCURITÉ SOCIALE INDÉPENDANTS		ATTESTATION DE VERSEMENT CHEF D'ENTREPRISE - CONTRIBUTION AU FAF	
Urssaf 4 RUE Patrick Depailler 63054 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9		A CLERMONT-FERRAND, le 9 Janvier 2019	
VOTRE CONTACT Tél. : 3698 Courriel : www.secu-independants.fr/contact			
VOS RÉFÉRENCES N° Sécurité Sociale Rappeler ce numéro de Sécurité sociale pour toute correspondance N° SIRET N° TI Page 1/1			
CODE NAF 7010Z	Madame,		
CODE DE SÉCURITÉ 	J'accuse réception de votre versement relatif à la contribution au Fonds d'assurance formation (FAF) de 99 euros, due au titre de votre activité de l'année 2018.		
La vérification de l'authenticité et de la validité de ce document s'effectue sur www.secu-independants.fr/attestations	Cette attestation vous est délivrée pour permettre de justifier du droit à la formation auprès de : Association de gestion du financement de la formation des chefs d'entreprises (AGEFICE) 16 avenue de Friedland - 75008 Paris - Site internet : www.agefice.fr		
	Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec nos conseillers.		
	Je reste à votre disposition pour tout autre renseignement.		
	Le Directeur		





COMMENT COMPLÉTER VOTRE DEMANDE PRÉALABLE CI-JOINTE ?

PENSEZ À BIEN COMPLÉTER LES CHAMPS INDICQUÉS EN JAUNE

ACCOMPAGNER
GÉRER
FINANCER
AGEFICE www.agefice.fr

DEMANDE PRÉALABLE DE FINANCEMENT D'UNE ACTION DE FORMATION

À compléter en autant d'exemplaires que de participants.
L'ensemble des procédures, critères, plafonds financiers et pièces à joindre sont consultables sur le site de l'AGEFICE (www.agefice.fr).
L'ensemble des champs ci-dessous doivent être renseignés. Dans le cas contraire, la demande ne pourra être examinée.
Les demandeurs sont informés que l'AGEFICE est amenée à effectuer des contrôles de la qualité (sur pièces ou sur site) et de la réalité effective de la formation auprès de l'organisme de formation, de l'entreprise et des bénéficiaires et se réserve le droit de suspendre les paiements en cas de non-conformité.

1. POINT D'ACCUEIL (EN CHARGE DE LA CONSTITUTION ET DU SUIVI DE LA DEMANDE)

N° de Point d'accueil _____
Nom du Point d'accueil _____
Interlocuteur _____
Adresse _____ Ville _____
Code Postal _____ Mail _____
Tél. _____

2. ENTREPRISE

Nom de l'entreprise _____
Nom commercial _____ N° SIRET _____
Code APE (NAF) _____ Forme juridique _____
Activité principale exercée _____
Adresse _____ Ville _____
Code Postal _____

3. PARTICIPANT À LA FORMATION¹

Prénom _____
 M. Mme / Nom _____
Nom de naissance _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____
N° de Sécurité Sociale _____ Mail _____
Tél. _____
Niveau du dernier diplôme obtenu² Moins d'1 an Entre 1 et 3 ans Entre 4 et 10 ans Plus de 10 ans
Dirigeant d'entreprise depuis _____

4. ORGANISME DE FORMATION

Raison sociale _____ N° SIRET _____
N° de déclaration d'activité _____
Adresse _____ Ville _____
Code Postal _____
Responsable _____ Prénom _____
 M. Mme / Nom _____ Mail _____
Tél. _____
Contact _____ Prénom _____
 M. Mme / Nom _____ Mail _____
Tél. _____

* Entreprise individuelle / EIRL / SARL / Auto-entrepreneur / SAS / SASU / SA / ...
² Etablir autant d'exemplaires que de participants
¹ I : Sup. à la maîtrise / II : Licence ou maîtrise / III : BTS-DLT-DEUG / IV : Bac-Bac pro-BT-BP / V : BEP-CAP / VI : Aucun diplôme

**ORIGINAL
COMPLÉTÉ
À RETOURNER
AVANT
LA FORMATION**

Nom _____ Signature du stagiaire et cachet de l'entreprise _____
Prénom _____
Fait à _____ le _____

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique, elles sont nécessaires à l'exercice de vos commandes par l'AGEFICE. Conformément aux articles 38 à 40 de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : l'AGEFICE, 16 avenue de Friedland - 75008 PARIS. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.