

Les Webservices à 360 °!

**Saisir une demande de prise en charge
sur des Fonds Mutualisés de Branche**

unifaf

LE FONDS D'ASSURANCE FORMATION DE LA BRANCHE SANITAIRE,
SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE, PRIVÉE À BUT NON LUCRATIF

Depuis la page d'accueil des Webservices

Adhérent N°16 U

Adhérent		Contact	
Nom de l'unité de prestation	<input type="text"/>	Civilité	<input type="text"/>
Ce numéro d'adhérent gère	Un regroupement d'établissements	Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Fonction	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Code postal et ville	<input type="text"/>	Télécopie	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="button" value="Valider la modif."/>
Nombre d'établissements gérés :	27	Région de gestion	(16) ILE DE FRANCE
	<input type="button" value="Liste des établissements"/>		

Choisissez l'action que vous souhaitez effectuer

- ▶ Saisir une demande de prise en charge
- ▶ Saisir une demande de remboursement
- ▶ Saisir un Cerfa (sur des DPC Contrat Pro déjà saisies en ligne)
- ▶ **Envoyer des pièces justificatives**
(suite à une demande de prise en charge ou demande de remboursement)
- ▶ Consulter mes dossiers en cours
- ▶ Accéder aux écrans de consultation IRP
- ▶ Modifier une demande de prise en charge ou de remboursement
- ▶ Accéder aux statistiques annuelles (Aide à la déclaration 2483)
- ▶ Accéder aux Documents en téléchargement

Choix du dispositif



Pour quel dispositif de formation souhaitez vous faire une Demande de Prise en Charge ?

Si vous souhaitez que votre conseiller étudie la possibilité d'un financement sur le Fonds Mutualisé de Branche, vous devez choisir Plan de formation.

- Plan de formation
- Contrat de professionnalisation
- Période de professionnalisation
- Formation Tuteur / maître d'apprentissage
- Financement de tutorat
- Financement maître d'apprentissage
- Compte Personnel de Formation (CPF)
- Travailleur handicapé en ESAT
- Nos actions collectives, N° de module

Votre demande ne sera prise en charge que si l'inscription a été validée par votre délégation régionale

< Précédent

Suivant >

Onglet Dispositif

Adhérent **Dispositif** Formation Organisme Stagiaire Financement Justificatifs Récépissé

Le dépôt d'une demande de prise en charge à Unifaf vaut acceptation des conditions générales de gestion et des conditions générales d'utilisation des Webservices énoncées **ici**.

J'accepte les conditions générales de gestion et les conditions d'utilisation des Webservices (*obligatoire*)

ou

« J'atteste consulter les instances représentatives du personnel sur cette action de formation. »

« J'atteste que l'établissement ne dispose pas d'instances représentatives du personnel. »

< Précédent

Suivant >

Onglet Formation

Adhérent Dispositif **Formation** Organisme Stagiaire Financement Justificatifs Récépissé

Intitulé de l'action * CAFERUIS (50 caractères) ←

Date de l'action * début 20/10/2017 X fin 10/09/2018 X ←

Lieu de la formation * CP 75000 Ville PARIS ←

Catégorie d'action * Dévelop. de compétences (choix dans le menu déroulant) ←

Durée par stagiaire * Total 820 h dont se déroulant hors temps de travail h

Pour les formations diplômantes

Nombre d'heures formations théoriques 400 h ←

Nombre d'heures de stage pratique hors établissement 420 h ←

Répartition pluriannuelle * 2017 95 h 2018 725 h ←

Cette formation fait-elle suite à une validation partielle du diplôme suite à une démarche VAE *

Oui Non

< Précédent **Suivant >**

Onglet Organisme:

dans le cas où vous connaissez le SIRET de l'OF

Adhérent Dispositif Formation **Organisme** Stagiaire Financement Justificatifs Récépissé

Connaissez-vous le Siret de votre organisme de formation ? Oui Non

Siret de l'organisme de formation

Organisme de formation

N° de Siret	<input type="text" value="34943244300043"/>
N° de déclaration d'activité	<input type="text" value="43250012425"/>
Nom de l'organisme de formation	<input type="text" value="IRTS FRANCHE COMTE"/>
Adresse	<input type="text" value="1, rue Alfred de Vigny"/>
CP / Ville	<input type="text" value="25051"/> <input type="text" value="BESANCON CEDEX"/>
Pays	<input type="text" value="France"/>
Téléphone	<input type="text" value="0381416143"/>
Fax	<input type="text" value="0381416139"/>
Email	<input type="text" value="irts-fc@irts-fc.fr"/>

Datadock

Statut : **Examiné**
Date statut : **15/02/2017**
Référençable : **Oui**
Date référençable : **15/02/2017**

< Précédent

unifaf

Onglet Organisme:

dans le cas où vous ne connaissez pas le SIRET de l'OF

Adhérent Dispositif Formation **Organisme** Stagiaire Financement Justificatifs Récépissé

Connaissez-vous le Siret de votre organisme de formation ? Oui Non

Siret de l'organisme de formation Rechercher

Organisme de formation

N° de Siret

N° de déclaration d'activité *

Nom de l'organisme de formation *

Adresse *

CP / Ville *

Pays * France

Téléphone

Fax

Email

Complétez les rubriques

< Précédent Suivant >

Onglet Stagiaire

Adhérent Dispositif Formation Organisme **Stagiaire** Financement Justificatifs Récépissé

Nombre total de stagiaire(s)

Si cette DPC concerne plus de 15 stagiaires vous avez la possibilité de saisir les informations pour chaque stagiaire individuellement ou globalement par catégorie d'emploi

Saisie nominative OU Saisie par emploi

A noter: Saisie par emploi possible à partir de 15 stagiaires et pour les actions non cofinancées

Suivant >

Pour rechercher un salarié déjà dans la base →

Adhérent Dispositif Formation Organisme **Stagiaire** Financement Justificatifs Récépissé

Saisie nominative Nombre total de stagiaire(s)

Nom Rechercher Créer un stagiaire

Sél.	Nom	Prénom	N° sécurité sociale	Etablissement	Emploi	DPC*	M
<input checked="" type="checkbox"/>	RO	LAURE	28 AV		EDUCATRICE SPECIALISEE	<input type="checkbox"/>	

Supprimer

* DPC = Développement Professionnel Continu : la case est à cocher uniquement pour les professionnels de santé (professions médicales et paramédicales) lorsqu'ils suivent une action de formation dans le cadre de leur obligation annuelle (Article L4133-1 et suivant du code de la santé publique).

Suivant >

Onglet Stagiaire

Dans le cas où le stagiaire n'est pas encore enregistré dans la base

Adhérent Dispositif Formation Organisme **Stagiaire** Financement Justificatifs Récépissé

Saisie nominative Nombre total de stagiaire(s)

Nom

Créer un stagiaire

Nom

Prénom

N° sécurité sociale

Etablissement où travaille le stagiaire 16 0552 0002 Y ESAT DE L'ARMME ▼

Emploi occupé (en toutes lettres)

Type de contrat

Sél.	Nom	Prénom	N° sécurité sociale	Etablissement	Emploi	DPC*	M
<input type="checkbox"/>	RO	LAURE	28	AV	EDUCATRICE SPECIALISEE	<input type="checkbox"/>	

Onglet Financement

Complétez le budget prévisionnel

Adhérent Dispositif Formation Organisme Stagiaire **Financement** Justificatifs Récépissé

FINANCEMENT PREVISIONNEL TOTAL DEMANDE A UNIFAF

1. Frais pédagogiques	6 500.00 €
2. Salaires et charges	15 600.00 €
3. Allocation de formation	0.00 €
4. Frais de transport	500.00 €
5. Frais d'hébergement (repas inclus)	1 000.00 €
6. Frais divers	0.00 €
7. TOTAL FRAIS	23 600.00 €

Année(s)	CIFA	Autre(s) financement(s)
2017 95 h	0.00 €	2 734.15 €
2018 725 h	0.00 €	20 865.85 €
820 h	0.00 €	23 600.00 €

Réinitialiser (A utiliser pour revenir à la ventilation initiale.)

CETTE PRISE EN CHARGE EST DEMANDEE AU TITRE CIFA

<input type="radio"/> Du Fonds Mutualisé de Branche	23 600.00 €
<input type="radio"/> Action collective	
<input type="checkbox"/> Autres (ex: subvention)	0.00 €

Qualification
Préparation aux épreuves d'entrée en formation
Appui à des projets de formation professionnalisant
Reconversion personnel devenu handicapé
Emplois aidés
Emploi avenir
Autres financements

Choisir l'enveloppe dans la liste déroulante

< Précédent Suivant >

Onglet Justificatifs

Sélectionner
la pièce à
joindre



Adhérent Dispositif Formation Organisme Stagiaire Financement **Justificatifs** Récépissé

IMPORTANT : Rappel sur les pièces à joindre à votre dossier de DPC en fonction des dispositifs :

1- Sélectionnez le type de pièce à joindre

Type(s) de pièce à joindre impérativement :	Type(s) de pièce complémentaires éventuelles :
Convention de formation Devis	Fiche de calcul des frais annexes Attestation certifiant le remplacement du salarié pendant sa formation ou su

2- Recherchez le fichier que vous désirez joindre : "Parcourir..."

Merci de joindre vos documents sous format .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx

Fichier à joindre **Parcourir...** (parcourir les fichiers de votre ordinateur)

ATTENTION : La taille maximale des pièces justificatives est limitée à 2 Méga Octets.

3- Cliquez sur "Joindre la pièce"

Vous avez actuellement déposé les pièces suivantes

< Précédent

unifaf

Onglet Récépissé > Validation



Adhérent Dispositif Stagiaire Formation Organisme Financement Justificatifs **Récépissé**

Vous avez maintenant terminé votre saisie.
Cliquez sur le bouton "Validation" pour obtenir votre récépissé.

Vous pouvez encore effectuer des modifications en cliquant sur le bouton "Précédent".

< Précédent Validation

unifaf 20/10/2017

Récépissé de la demande de prise en charge

Adhérent : AVENIR-APEI Dispositif : Plan de formation
N° d'Adhérent : 18 2200 U 0012 R Intitulé de formation : CAPERJUS
Demandeur : POMEL christine Numéro d'action : 1711608405 T
Référence Unifaf : 168 Date du : 20/10/2017 au 10/09/2018

ORGANISME DE FORMATION : IRTS PARIS IDF SIRET : 349 672 638 00010
Adresse : 145 avenue Parmentier - 75010 PARIS

STAGIAIRES Nom Prénom N° de sécurité sociale DPC *
ROOSE LAURE 2820395063

DPC * = Développement Professionnel Continu

FINANCEMENT	
FRAIS	MONTANT
1. Frais pédagogiques	6 500.00 €
2. Salaires et charges	15 600.00 €
3. Allocation de formation	0.00 €
4. Frais de transport	500.00 €
5. Frais d'hébergement (repas inclus)	1 000.00 €
6. Frais divers	0.00 €
TOTAL	23 600.00 €
PRISE EN CHARGE	
	MONTANT
CIFA	0.00 €
Du Fonds mutualisé de branche pour Action collective	23 600.00 € Enveloppe Qualification
Autres (ex : subvention)	0.00 €
VENTILATION CIFA PAR EXERCICE	
	2017 2018
	0.00 € 0.00 €

JUSTIFICATIFS		
Pièces	Fournies	Non fournies
Pièces justificatives facultatives		
Fiche de calcul des frais annexes		✘
Attestation certifiant le remplacement du salarié pendant sa formation ou surcoût (lié à l'absence (heures supplémentaires, complémentaires))		✘

Merci d'avoir utilisé ce formulaire en ligne, nous vous tiendrons informé de la suite de votre demande.
L'équipe UNIFAF

P.S. : Tous les accords de prises en charge sont donnés, par Unifaf, conformément aux conditions générales de gestion, consultables sur le site www.unifaf.fr et notamment dans l'espace Webservices d'Unifaf.

Retrouvez
tous nos tutoriels
via la page d'accueil des Webservices
ou directement sur la chaîne

 d'Unifaf