

# Les Webservices à 360 °!

## Saisir un Contrat de Professionnalisation

*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

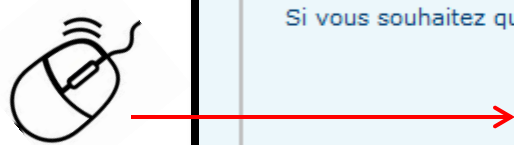
Adhérent N°16 U

<b>Adhérent</b>		<b>Contact</b>	
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 <input type="button" value="Liste des établissements"/>	Région de gestion	(16) ILE DE FRANCE

**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 >

Adhérent Dispositif Stagiaire Contrat Formation Organisme Tuteur 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*)

< Précédent Suivant >

# Onglet stagiaire: complétez les rubriques

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

Nom du salarié *	<input type="text"/>	N° de sécurité sociale *	<input type="text"/>
Prénom *	<input type="text"/>	(Ne remplir que les 10 premiers chiffres)	
Etablissement *	<input type="text"/>		
Adresse *	<input type="text"/>	Dernière situation avant signature du contrat * <input type="text"/>	
CP *	<input type="text"/>	Le bénéficiaire est-il inscrit à pôle emploi (1) <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Ville *	<input type="text"/>	(1) Si oui, N° IDE: <input type="text"/>	
Date de naissance *	<input type="text"/>	Depuis combien de mois: <input type="text"/>	
Age	ans au 20/10/2017	Type minimum social (si bénéficiaire) <input type="text"/>	
Nationalité *	<input type="text"/>		
Diplôme le plus élevé obtenu *	<input type="text"/>		

Suivant >

# Onglet contrat: complétez les rubriques

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

Type de contrat \*  Contrat < à 26 ans  Contrat > ou = à 26 ans

Nature du contrat \*  CDI  CDD

Il s'agit d'un \*  ▼

Date de début (du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI) \*   fin

Durée (du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI) \*  mois

Durée hebdomadaire de travail \*  heures  minutes

Emploi occupé \*  (en toutes lettres)


Convention collective \*  ▼

Rémunération brute mensuelle \*  €

Suivant >



# Onglet Formation: complétez les rubriques


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

**Intitulé formation**   ←

**Autres Précisez**

**Lieu de la formation** \* CP  Ville  ←

**Date de formation** \* du   \* au   ←

\* Date de l'examen final   ←

**Durée totale de la formation** {

- \*  h
- dont \*  h d'enseignements généraux, professionnels et technologiques
- dont \*  h d'actions d'accompagnement
- dont \*  h d'action d'évaluation
- dont \*  h en stage pratique obligatoire hors entreprise

**Répartition pluriannuelle** \*

Suivant >

# Onglet Organisme:

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

Adhérent Dispositif Stagiaire Contrat Formation **Organisme** Tuteur 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**  
Référéncable : **Oui**  
Date référençable : **15/02/2017**



# Onglet Organisme:

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

Adhérent Dispositif Stagiaire Contrat Formation **Organisme** Tuteur 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"/>
N° de déclaration d'activité *	<input type="text"/>
Nom de l'organisme de formation *	<input type="text"/>
Adresse *	<input type="text"/>
CP / Ville *	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pays *	France <input type="button" value="v"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

À compléter

# Onglet tuteur:

Si le tuteur est déjà dans la base, faire une recherche par son nom de famille

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

Recherche    Tuteur 1/2

(Attention : Afficher uniquement les salariés importés via l'option EDI.)

2 Stagiaire(s) trouvé(s)

Sél.	Nom	Prénom	N° sécurité sociale	Etablissement	Contrat	Emploi	Ne fait plus partie de l'association
<input checked="" type="checkbox"/>	REGNIER			LA ROSERAIE	CDI	CHEF D'ATELIER	<input type="button" value="Enlever"/>
<input type="checkbox"/>	REGNIER			FOYER L'OASIS	CDI		<input type="button" value="Enlever"/>

# Onglet tuteur: complétez les rubriques

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

Recherche  Rechercher  Tuteur 1/2

(Attention : Afficher uniquement les salariés importés via l'option EDI.)

### Le salarié tuteur

Nom du tuteur *	<input type="text"/>	Prénom du tuteur *	<input type="text"/>
Emploi occupé *	<input type="text"/>	Qualification / Diplôme *	<input type="text"/>
Ancienneté dans le métier *	<input type="text"/> année(s)		
Etablissement dans lequel travaille le tuteur *	<input type="text"/>		
Nombre de salariés suivis simultanément dans le cadre des contrats de professionnalisation et des contrats d'apprentissage *		<input type="text"/>	

Le salarié ne pourra exercer ses fonctions de tuteur à l'égard de plus de 2 salariés simultanément. Ce nombre pourra être exceptionnellement porté à 3 salariés après accord dérogatoire de la CPNE, demandé par l'employeur.

Suivant >

# Onglet tuteur:

si le tuteur n'est pas dans le base, créez un nouveau tuteur

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

Recherche  Rechercher **Créer un nouveau tuteur** Tuteur 1/2

Afficher les salariés (Attention : Afficher uniquement les salariés importés via l'option EDI.)

**Le salarié tuteur**

Nom du tuteur \*  Prénom du tuteur \*

Emploi occupé \*  Qualification / Diplôme \*

Ancienneté dans le métier \*  année(s)

Etablissement dans lequel travaille le tuteur \*

Nombre de salariés suivis simultanément dans le cadre des contrats de professionnalisation et des contrats d'apprentissage \*

Le salarié ne pourra exercer ses fonctions de tuteur à l'égard de plus de 2 salariés simultanément. Ce nombre pourra être exceptionnellement porté à 3 salariés après accord dérogatoire de la CPNE, demandé par l'employeur.

Suivant >

# Onglet tuteur

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

Tuteur 2/2

**Certifie sur l'honneur que le tuteur (obligation de formation) :**

- Démarrera le module de formation « tuteur de proximité, les bases » défini par la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CPNE-FP) de la Branche dans la première moitié de la durée du contrat de professionnalisation.
- Est dispensé du suivi du module de formation « tuteur de proximité, les bases » conformément aux dispositions définies par la CPNE-FP.  
Deux cas de dispenses sont possibles :
  - La dispense est systématique pour les titulaires des CAFDES, DEI, DEIS, DSTS, CAFERUIS, DEMF, DCS et les salariés ayant suivi certaines formations de tuteur
  - La dispense est accordée par un organisme de formation labellisé par la Branche.
- Démarrera une autre formation de tuteur dans la première moitié de la durée du contrat de professionnalisation.
- A déjà bénéficié d'une formation de tuteur.

Intitulé

Dates du   au   Durée  (h)

Nom de l'organisme de formation

Suivant >

# Onglet financement

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

Écran d'aide à l'évaluation de charge de l'employeur ? Coefficient ou indice de pourcentage du SMIC

Dates du  au  du  au   
(si augmentation de la rémunération au cours du contrat)

Salaire brut mensuel (1)	<input type="text" value="1 480.27"/> €	<input type="text"/> €
Charges patronales (2)	<input type="text" value="310.86"/> €	<input type="text"/> €
Salaire brut + charges patronales	<input type="text" value="1 791.13"/> €	<input type="text"/> €
Nombre de mois	<input type="text" value="18"/>	<input type="text"/>
<b>TOTAL salaire et charges</b>	<input type="text" value="32 240.34"/> €	<input type="text"/> €

(1) Calculé soit en fonction du pourcentage du SMIC ou du coefficient CCN et de la valeur du point correspondant  
(2) Pour les bénéficiaires demandeurs d'emploi de 45 ans et plus, la partie du salaire brut inférieur ou égal au SMIC bénéficie d'une exonération spéciale assurances sociales et allocations familiales

Coût total du contrat (en plus du financement de la structure)	A : Coût total prévisionnel	B : Ce qui est pris en charge sur le budget de l'établissement	A-B : Ce qui n'est pas pris en charge sur le budget de l'établissement
Salaires et charges	<input type="text" value="32 240.34"/> €	<input type="text" value="0.00"/> €	<input type="text" value="32 240.34"/> €
Frais pédagogiques (droits d'inscription et frais de scolarité <del>inclus</del> )	<input type="text" value="6 000.00"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text" value="6 000.00"/> €
Frais de transport et d'hébergement liés à la formation	<input type="text" value="1 500.00"/> €	<input type="text" value="0.00"/> €	<input type="text" value="1 500.00"/> €
<b>Total</b>	<input type="text" value="39 740.34"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text" value="39 740.34"/> €

Nous vous rappelons qu'aucun frais ne doit être à la charge du salarié.

< Précédent Suivant >

# Onglet Justificatifs

Sélectionnez  
chaque  
pièce  
justificative  
obligatoire

Adhérent Dispositif Stagiaire Contrat Formation Organisme Tuteur 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 :**

- Programme et calendrier de la formation en centre
- Copie de l'extrait de convention
- Imprimé CERFA (EJ 20)
- Convention passée entre la structure d'emploi et l'établissement de format

**Type(s) de pièce complémentaires éventuelles :**

- Copie de l'extrait de convention

**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"**

**Joindre la pièce**

**Vous avez actuellement déposé les pièces suivantes**

< Précédent Suivant >

# Validation



Adhérent   Dispositif   Stagiaire   Contrat   Formation   Organisme   Tuteur   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**

Récépissé de la demande de prise en charge 20/10/2017

Adhérent : AVENIR-APEI   Dispositif : Contrat de professionnalisation  
N° d'adhérent : 19 2209 U 0012 R   Institut de formation : CASPE (CAP-PETITE ENFANCE)  
Demandeur : POMEL christine   Numéro d'action : 1711008400 C  
Référence Unifaf : 188   Date du : 23/10/2017 au 20/04/2019

ORGANISME DE FORMATION : IRIS FRANCHE COMTE   SIRET : 349 432 443 00043  
Adresse : 1, rue Alfred de Vigny - 25051 BESANCON CEDEX

STAGIAIRE   Nom   Prénom   N° de sécurité sociale  
ROOSE   LAURA   2831295063

TUTEUR   Nom   Prénom  
SERRA   CATHERINE

**FINANCEMENT**

	Du 20/10/2017 au 20/04/2019	(si augmentation de la rémunération au cours du contrat)
Aide à l'évaluation de charge de l'employeur		
Salaires brut mensuel	1 300,00 €	0,00 €
Charges patronales	0,00 €	0,00 €
Salaires brut + charges patronales	1 300,00 €	0,00 €
Nombre de mois	18	
<b>TOTAL salaire et charges</b>	<b>23 400,00 €</b>	<b>0,00 €</b>

**Coût total du contrat (en plus du financement de la structure)**

	A : Coût total prévisionnel	B : Ce qui est pris en charge sur le budget	A-B : Ce qui n'est pas pris en charge sur le budget
Salaires et charges	23 400,00 €	0,00 €	23 400,00 €
Frais pédagogiques (droits d'inscription et frais de scolarité inclus)	6 000,00 €	0,00 €	6 000,00 €
Frais de transport et d'hébergement liés à la formation	1 500,00 €	0,00 €	1 500,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>30 900,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>30 900,00 €</b>

**JUSTIFICATIFS**

Pièces	Fournies	Non fournies
<b>Pièces justificatives obligatoires</b>		
Programme et calendrier de la formation en centre		✗
<b>Pièces justificatives facultatives</b>		
Copie de l'extrait de convention		✗
Imprimé CERFA (EJ 20)		✗
Convention passée entre la structure d'emploi et l'établissement de formation		✗

La liste des pièces que vous devez fournir n'est pas complète.  
Merci de nous transmettre les documents manquants via les Webservices à partir de la page d'accueil : « Envoyer des pièces justificatives ».  
Merci d'avoir utilisé ce formulaire en ligne, nous vous remercions de la suite de votre demande.  
L'équipe UNIFAF



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

 d'Unifaf