

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 93

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@capemploi93.org](mailto:contact@capemploi93.org)