



Formation des salariés

Demande de remboursement d'une action de formation « Plan de formation »

Comment faire ?

1. L'entreprise complète le formulaire de demande de remboursement
2. L'entreprise envoie la demande accompagnée des pièces justificatives à OPCAMS
3. OPCAMS rembourse l'entreprise ou l'organisme de formation

Organisme Paritaire Collecteur Agréé
Pour les salariés de l'artisanat des métiers et des services



OPCAMS
Artisanat
Métiers
Services



À l'issue de la formation

Ce dossier doit parvenir complet dans nos services, au plus tard 30 jours après la fin de l'action de formation.

Pièces à fournir pour le remboursement

Envoyez le formulaire de demande de remboursement accompagné des pièces justificatives :

- la **photocopie du dernier bulletin de salaire** du salarié,
- l'**attestation de présence individuelle originale** signée par l'organisme de formation et contresignée par le stagiaire (sur papier en-tête de l'organisme de formation),
- la **convention FSE** (ci-jointe) complétée et signée,
- un **Relevé d'Identité Bancaire** (nécessaire uniquement en cas de première demande ou de modification),
- le **programme détaillé de la formation** élaboré par l'organisme de formation faisant apparaître :
 - numéro de déclaration d'activité de l'organisme de formation,
 - intitulé de la formation (en adéquation avec le contenu du programme),
 - objectif(s) de la formation (être capable de..., maîtriser...),
 - contenu détaillé de la formation par journée (sur papier en-tête de l'organisme de formation),
 - moyens pédagogiques (supports de formation, ordinateurs, matériels manipulés,...),
 - moyens d'encadrement (diplôme et/ou niveau de formation et/ou expérience professionnelle du formateur),
 - public concerné, niveau requis pour suivre la formation,
 - calendrier de formation (à partir de 5 jours de formation),
 - date(s), durée, horaires et lieu de la formation, nombre de participants maximum,
 - coût horaire moyen (HT) par participant.

Vous avez opté pour la subrogation de paiement à l'organisme de formation

L'organisme de formation adresse à OPCAMS :

- la facture relative au coût pédagogique, établie au nom d'OPCAMS.

Vous avez choisi d'être remboursé directement par OPCAMS

Vous adressez à OPCAMS :

- la photocopie de la facture de l'organisme de formation libellé au nom de votre entreprise.

NB :

- les formations dispensées par des franchiseurs ne peuvent pas faire l'objet d'une subrogation de paiement
- le principe de subrogation de paiement est soumis à l'approbation du Comité Technique Paritaire



Modalités de prise en charge

Prise en charge

- OPCAMS prend en charge le coût pédagogique (montant soumis à l'approbation du Comité Technique Paritaire), ainsi qu'une indemnité compensatrice de salaire.
- La formation est susceptible de bénéficier d'un financement européen ou national qui permettra l'optimisation de la prise en charge de l'indemnité compensatrice de salaire.

Conditions

Conditions générales de prise en charge et de remboursement des actions de formation :

- l'entreprise doit être à jour du paiement de la contribution formation professionnelle auprès d'OPCAMS,
- l'action doit respecter les conditions fixées par la réglementation et les modalités de prise en charge définies par le Conseil d'Administration,
- seules les actions de formation au bénéfice des salariés (hors contrat d'apprentissage et de professionnalisation) sont susceptibles d'être prises en charge,
- la prise en charge se fera sur la base de 7 heures par jour maximum, dans la limite des fonds disponibles d'OPCAMS,
- les remboursements se feront dans la limite des heures effectivement réalisées,
- les dossiers sont soumis à l'approbation du Comité Technique Paritaire. En cas de refus, le coût de l'action resterait à la charge de l'entreprise. Si la prise en charge est partielle, elle aura à régler la différence.

N'hésitez pas à vous renseigner, OPCAMS est à votre écoute au 01 49 20 00 00 pour vous informer, vous guider et vous aider.

Vous pouvez également nous joindre

- par mail : plandeformation@opcams.fr**
- par fax : 01 49 20 87 50**

Vous trouverez des informations complémentaires sur notre site Internet www.opcams.fr

www.opcams.fr



DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE ACTION DE FORMATION dans le cadre du PLAN DE FORMATION pour les salariés

N° de dossier (Cadre réservé à OPCAMS)

À faire parvenir au plus tard 30 jours après la fin de la formation avec toutes les pièces justificatives

--	--	--	--	--	--	--	--

ENTREPRISE	ORGANISME DE FORMATION
N° SIRET : <input style="width: 90%;" type="text"/>	N° de déclaration d'activité : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Nom ou raison sociale : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom ou raison sociale : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Adresse : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Organisme dépendant d'une franchise <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>
Code postal : <input style="width: 15%;" type="text"/> Ville : <input style="width: 75%;" type="text"/>	Adresse : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Personne à contacter : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Code postal : <input style="width: 15%;" type="text"/> Ville : <input style="width: 75%;" type="text"/>
E-mail : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Personne à contacter : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Tél. : <input style="width: 20%;" type="text"/> Fax : <input style="width: 70%;" type="text"/>	E-mail : <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Tél. : <input style="width: 20%;" type="text"/> Fax : <input style="width: 70%;" type="text"/>

ACTION DE FORMATION (Voir la fiche technique)	Adaptation au poste de travail <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Évolution ou maintien dans l'emploi <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Développement des compétences <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>
---	--

Intitulé de l'action :

Durée : heures, réparties sur : jours Date de début : Date de fin :

Nombre d'heures sur le temps de travail : Nombre d'heures hors temps de travail :

Adresse du lieu de formation : Code postal : Ville :

STAGIAIRE			
	Nom (en majuscules)	Prénom (en majuscules)	Qualification*
1	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
4	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
5	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

*Qualification : Ouvrier non qualifié ① Ouvrier qualifié ② Employé ③ Technicien agent de maîtrise ④ Cadre ⑤

Je joins à ce formulaire les pièces obligatoires suivantes :

- la photocopie du dernier bulletin de salaire du salarié,
- l'attestation de présence originale individuelle signée par l'organisme de formation et contresignée par le stagiaire,
- la convention FSE complétée et signée,
- un Relevé d'Identité Bancaire (uniquement en cas de première demande ou de modification),
- le programme détaillé de la formation élaboré par l'organisme de formation,

Je souhaite qu'OPCAMS règle directement le coût pédagogique à l'organisme de formation.

Bon pour subrogation OUI (Facture originale de l'organisme de formation libellée et adressée à OPCAMS)
 NON (Copie de la facture acquittée libellée au nom de l'entreprise et adressée à OPCAMS)

Je soussigné(e) agissant en ma qualité de représentant légal de l'entreprise bénéficiaire de ce remboursement, déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions de prise en charge et de remboursement.

Fait à : Cachet et signature de l'entreprise
 le :

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE ACTION DE FORMATION dans le cadre du PLAN DE FORMATION pour les salariés

N° de dossier (Cadre réservé à OPCAMS)

À faire parvenir au plus tard 30 jours après la fin de la formation avec toutes les pièces justificatives

--	--	--	--	--	--	--	--

ENTREPRISE	ORGANISME DE FORMATION
EFFECTIF <input style="width: 40px;" type="text"/> CODE NAF <input style="width: 40px;" type="text"/> N° SIRET : <input style="width: 100%;" type="text"/> Nom ou raison sociale : <input style="width: 100%;" type="text"/> Adresse : <input style="width: 100%;" type="text"/> Code postal : <input style="width: 40px;" type="text"/> Ville : <input style="width: 60px;" type="text"/> Personne à contacter : <input style="width: 100%;" type="text"/> E-mail : <input style="width: 100%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 40px;" type="text"/> Fax : <input style="width: 40px;" type="text"/>	N° de déclaration d'activité : <input style="width: 100%;" type="text"/> Nom ou raison sociale : <input style="width: 100%;" type="text"/> Organisme dépendant d'une franchise <input style="width: 40px;" type="text"/> Adresse : <input style="width: 100%;" type="text"/> Code postal : <input style="width: 40px;" type="text"/> Ville : <input style="width: 60px;" type="text"/> Personne à contacter : <input style="width: 100%;" type="text"/> E-mail : <input style="width: 100%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 40px;" type="text"/> Fax : <input style="width: 40px;" type="text"/>

ACTION DE FORMATION	Adaptation au poste de travail
(Voir la fiche technique) Intitulé de l'action : <input style="width: 100%;" type="text"/> Durée : <input style="width: 40px;" type="text"/> heures, réparties sur : <input style="width: 40px;" type="text"/> jours Date de début : <input style="width: 40px;" type="text"/> Date de fin : <input style="width: 40px;" type="text"/> Nombre d'heures sur le temps de travail : <input style="width: 40px;" type="text"/> Nombre d'heures hors temps de travail : <input style="width: 40px;" type="text"/> Adresse du lieu de formation : <input style="width: 100%;" type="text"/> Code postal : <input style="width: 40px;" type="text"/> Ville : <input style="width: 60px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

STAGIAIRE			
N°	Nom (en majuscules)	Prénom (en majuscules)	Qualification*
1	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
4	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
5	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

*Qualification : Ouvrier non qualifié ① Ouvrier qualifié ② Employé ③ Technicien agent de maîtrise ④ Cadre ⑤

Je joins à ce formulaire les pièces obligatoires suivantes :

- la photocopie du dernier bulletin de salaire du salarié,
- l'attestation de présence originale individuelle signée par l'organisme de formation et contresignée par le stagiaire,
- la convention FSE complétée et signée,
- un Relevé d'Identité Bancaire (uniquement en cas de première demande ou de modification),
- le programme détaillé de la formation élaboré par l'organisme de formation,

Je souhaite qu'OPCAMS règle directement le coût pédagogique à l'organisme de formation.

Bon pour subrogation OUI (Facture originale de l'organisme de formation libellée et adressée à OPCAMS)
 NON (Copie de la facture acquittée libellée au nom de l'entreprise et adressée à OPCAMS)

Je soussigné(e) agissant en ma qualité de représentant légal de l'entreprise bénéficiaire de ce remboursement, déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions de prise en charge et de remboursement.

Fait à :
 le :

Cachet et signature de l'entreprise

Convention simplifiée d'adhésion à un projet collectif d'amélioration de la compétence des salariés dans les PME au titre de l'Objectif 3 du Fonds Social Européen

Je soussigné(e) en qualité de

de l'entreprise SIRET N° :

déclare être informé(e) que l'action, pour laquelle ma structure a demandé une prise en charge à OPCAMS, relève d'un projet collectif global cofinancé avec le concours du Fonds Social Européen au titre de l'Objectif 3.

Je m'engage, sous réserve d'acceptation de mon dossier, à mettre en œuvre l'action de formation susvisée au cours des années 2007-2008, conformément aux termes de la convention passée entre l'État et OPCAMS.

Dans l'hypothèse où mon entreprise aurait perçu, lors des trois années précédentes, des aides publiques (État, Conseil régional, Fonds Social Européen), je m'engage, préalablement à la signature de la présente convention simplifiée, à les déclarer auprès de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

J'ai pris note que dans le cadre de ce cofinancement, OPCAMS est responsable, sur le plan administratif, auprès des instances de contrôle, de la vérification de la réalité et de la validité des actions de formation concernées par la présente convention.

Je suis informé(e) par OPCAMS que je dois conserver les pièces justifiant du statut des bénéficiaires de la formation, particulièrement les bulletins de salaire, ceci afin de répondre à d'éventuelles demandes et/ou visites de contrôle des instances nationales ou européennes.

Je déclare être pleinement informé(e) des dépenses non éligibles au titre du cofinancement du Fonds Social Européen : achat d'équipement amortissable, achat de bien immobilisé, frais financiers, bancaires et intérêts d'emprunts, TVA récupérable.

Pour répondre à l'obligation de suivi qualitatif des actions cofinancées par le Fonds Social Européen, mon entreprise est informée qu'elle doit communiquer à OPCAMS certains indicateurs statistiques relatifs aux stagiaires (catégorie d'emploi, date de naissance, sexe).

Enfin, je m'engage à informer tous les salariés bénéficiaires d'une formation de son cofinancement par le Fonds Social Européen. De même, je note que toute publication ou communication concernant cette action devra faire mention du Fonds Social Européen.

Dans l'hypothèse où les clauses de la présente convention ne seraient pas respectées, OPCAMS se réserve la possibilité d'annuler tout ou partie de l'aide du Fonds Social Européen affectée à mon entreprise.

Fait à le

Pour l'entreprise (cachet et signature)

Pour OPCAMS

