

Accompagnement des personnes en situation de handicap

Ce formulaire est destiné à vous aider, à préciser vos besoins et faire valoir vos droits. Vous pouvez le remplir et le transmettre au service des ressources humaines ou bien, éventuellement, le remplir conjointement avec le correspondant handicap, si vous sollicitez un entretien auprès de lui. Les informations recueillies à l'issue de cet entretien ou portées dans ce document resteront strictement confidentielles.

Vos coordonnées (<i>indispensable de renseigner ces champs</i>):
NOM :
PRENOM :
CORPS :
TELEPHONE :
COURRIEL :
ETABLISSEMENT :
SERVICE :

Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire et **joignez une pièce justificative** (copie d'une carte d'invalidité, ou la **notification de la MDPH**, par exemple)

<p><u>Besoin exprimé</u></p> <p><input type="checkbox"/> Aménagement du poste de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Temps partiel de droit</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité pour les mutations</p> <p><input type="checkbox"/> Prise en compte du handicap dans le dossier de retraite (sous certaines conditions)</p> <p><input type="checkbox"/> Bonification des chèques-vacances</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun besoin particulier mais je souhaite obtenir des renseignements d'ordre général</p>

<p><u>Handicap reconnu</u></p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées</p> <p><input type="checkbox"/> Titulaire de la carte d'invalidité (article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles)</p> <p><input type="checkbox"/> Titulaire de l'allocation aux adultes handicapés</p> <p><u>Pension d'invalidité</u></p> <p><input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité » de travail ou de gain</p> <p><input type="checkbox"/> Invalide de guerre titulaire d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre</p> <p><u>Agent reclassé suite à une inaptitude aux fonctions reconnue par le comité médical</u></p> <p><input type="checkbox"/> Agent reclassé par détachement</p> <p><input type="checkbox"/> Agent bénéficiant d'un changement d'emploi au sein de son corps ou cadre d'emploi</p>

Allocations/rente accident du travail, maladie professionnelle

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % ou titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contracté en service
- Agent bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité
- Bénéficiaire des emplois réservés au titre du code de pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (articles L-394, L-395 et L-396 de ce code)

- Autres (précisez) :

- Mon handicap n'a pas été reconnu mais je souhaite des informations à ce sujet

Personnes à contacter :

Directrice des Ressources Humaines
Madame Annie ISCAYE
0590 21 65 23
ce.drh@ac-guadeloupe.fr

Correspondant handicap
Madame Yannick AUGUSTE
0590 21 64 47
yannick.auguste@ac-guadeloupe.fr