

Questionnaire - Financement

AIDES SOIGNANTS

PRÉPARATION
I.F.A.S.

2020

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H. pour les informations le concernant.

	OUI	NON
Êtes-vous salarié(e) du secteur privé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Si OUI, indiquez le nom et adresse de votre employeur		
.....		
Travaillez-vous actuellement en : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CEA (contrat Emploi Avenir)		
→ Si vous êtes en CDD ou CEA : date de fin de contrat /__/ /__/ /__ /__ /__ /__ /__		
Êtes-vous salarié(e) du secteur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Si OUI, êtes-vous agent des services hospitaliers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous : <input type="checkbox"/> Titulaire de la Fonction Publique <input type="checkbox"/> Contractuel de la Fonction Publique		
Indiquez le nom et adresse de votre employeur		
.....		
Pour les salarié(e)s avez-vous demandé une prise en charge du coût de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Si OUI, précisez à quel organisme :		
Avez-vous demandé un congé individuel de formation (CIF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Si OUI, fournir une photocopie du justificatif de votre demande		
Êtes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi comme demandeur(se) d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous indemnisé(e) par Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percevez-vous des indemnités chômage versées par une autre structure que Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Si OUI, laquelle		
Êtes-vous inscrit(e) à la Mission Locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percevez-vous le RSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous reconnu(e) travailleur(se) handicapé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous en congé parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Financez-vous personnellement votre formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>