

**ANNEXE 4**  
**DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS MATÉRIELS DU POSTE**  
**ET**  
**D'ASSISTANCE HUMAINE**

(À retourner à la DRRH pour le 25 janvier 2019)

**I - SITUATION ADMINISTRATIVE**

Nom : Nom de jeune fille : Prénoms : Date et lieu de naissance : N° de sécurité sociale :	Corps : Fonction :
Adresse personnelle :	
Adresse mél : N° téléphone : (indispensable pour le suivi du dossier) N° portable :	
Affectation : - établissement, service : - adresse :  - n° de tél. : - adresse mél :	

Pour les contractuels, joindre obligatoirement : type de contrat, dates, durée.

Pour tous les personnels, joindre une copie de votre RQTH et de votre bulletin de salaire.

**II - NATURE DE LA DEMANDE** (cocher la ou les cases correspondantes)

- Demande d'équipement(s)  
 Demande d'assistance humaine

**Je soussigné(e) atteste sur l'honneur ne pas bénéficier d'une prise en charge pour le même objet autre que celle que je sollicite par le dépôt du présent dossier**      Date et signature de l'agent

**SUITE ANNEXE 4**

**III – AMENAGEMENTS MATERIELS DU POSTE SOUHAITES AU TITRE DE L'ANNEE EN COURS (2018-2019)**

**Préciser les besoins repérés en matériel(s), prestations**  
Vous pouvez consulter pour cela le catalogue des aides sur le site : [www.fiphfp.fr](http://www.fiphfp.fr)  
Pour mémoire, une lettre détaillée est à joindre au dossier

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**IV – ASSISTANCE HUMAINE SOUHAITEE AU TITRE DE L'ANNEE 2019-2020**

Indiquer les tâches nécessitant l'intervention d'une assistance :  
**NB** : si une assistance est déjà mise en place, il n'est pas nécessaire de renouveler votre demande

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PARTIE A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION**  
**Avis du médecin de prévention**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date, cachet et signature du médecin de prévention