



Formation Aide-Soignante Prise en charge financière

Ce document est indispensable pour la prise en charge du coût de votre formation (coût pour un cursus complet = 8950 €). (Se renseigner auprès de l'institut pour le coût des cursus partiels).
Tout renseignement erroné pourrait entraîner votre engagement à régler le montant total de votre scolarité.

Nom : Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance :

La Région Hauts-de-France finance les parcours de formation des personnes répondant aux statuts suivants à la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection : le 24.07.2024

1 – Elève en poursuite de scolarité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préciser ci-dessous votre situation sur l'année 2023-2024 (enseignement, classe, filière...) : <i>Justificatif de votre situation à fournir :</i> - Certificat de scolarité		
2 – Demandeur d'emploi (indemnisé ou non)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
N° identifiant France Travail (ex Pôle Emploi) : Date d'inscription à France Travail : Indemnisation par France Travail : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Justificatif de votre situation à fournir :</i> - Attestation d'ouverture de vos droits France Travail, datée de moins d'un mois		

La Région Hauts de France ne finance pas les parcours de formation pour les personnes répondant aux statuts suivants :

- Les **travailleurs non-salariés** (autoentrepreneurs, commerçants, professions libérales...)
- Les **non actifs** (retraités, personne au foyer...)
- Les **travailleurs salariés** (les salariés en activité ou en disponibilité, les personnes en congé parental, les apprentis, les agents de la Fonction Publique...)
- Les personnes qui sont en service civique
- Les personnes ayant **démisionné d'un CDI** sauf en cas de convention spécifique « démission – reconversion » débutée avant la date de clôture des inscriptions : le 24 juillet 2024.

Autres possibilités de prise en charge :

Promotion Professionnelle		
Salarié(e) en Promotion Professionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Établissement employeur : Adresse : Signataire des conventions financières :		
<i>Justificatif de votre situation à fournir :</i> - Attestation de prise en charge de la formation par votre employeur		

Congé individuel de Formation

Salarié(e) en Congé Individuel de Formation

Oui

Non

Nom de l'organisme :

Adresse de l'organisme :

.....

N° de dossier :

Justificatif de votre situation à fournir :

- *Attestation de prise en charge de la formation par l'organisme*

Démission / reconversion

Oui

Non

Si vous êtes employé(e) en CDI **depuis au moins cinq ans** et que votre employeur ne peut pas / ne souhaite pas prendre en charge le coût de la formation et vos salaires et/ou
Si votre employeur refuse de vous accompagner sur une demande de prise en charge par TRANSITIONS PRO :

Situation actuelle :

Vous devez vous inscrire dans un projet de Démission/reconversion **avant la date de clôture des inscriptions** soit **avant le 24/07/2024**.

Ce processus s'inscrit dans **une procédure spécifique** que l'IFAS peut vous adresser par mail sur demande au 03.44.64.53.81.

Justificatif de votre situation à fournir :

- *Attestation de refus de prise en charge de la formation par l'employeur*
- *Attestation de démarche de démission / reconversion*

Date :

Nom et prénom du candidat :

Signature du candidat :