

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
SOUS-DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
MINISTERIELLES  
BUREAU DRH 1 B / CRIPH  
120 RUE DE BERCY - TELEDON 773  
75572 PARIS Cedex 12

Pascale BIGUEUR – 01 53 18 76 15

Béatrice LUTUN – 01 53 18 25 34

Mél. : [criph@finances.gouv.fr](mailto:criph@finances.gouv.fr)



**LA DEMANDE DOIT ÊTRE  
ADRESSÉE A LA CRIPH PAR LE  
CORRESPONDANT HANDICAP**

## PRESTATIONS « HANDICAP »

### Une demande par prestation

Les prestations « handicap » concernent exclusivement les agents qui sont à la fois :

- **TITULAIRES OU CONTRACTUELS** (pour les fonctionnaires stagiaires consulter la CRIPH ou le correspondant handicap)
- **EN ACTIVITE**, à l'exclusion par conséquent :
  - des agents en congés de longue maladie ou longue durée sauf date de reprise certaine ;
  - des agents à moins de 6 mois du départ à la retraite.

### AGENT DEMANDEUR

Nom :				Prénoms :			
Adresse personnelle :					Tél. pers. :		
	Code postal :		Ville :		Tél. port. :		
Fonctions :							
Direction :							
Adresse administrative :					Tél. poste:		
	Code postal :		Ville :				
Courriel professionnel :							
Les 10 premiers chiffres de votre n° de Sécurité Sociale :							

(Cocher les cases suivantes)

- Je déclare avoir pris connaissance des conditions de prise en charge des prestations
- Je joins à ma demande les documents nécessaires au traitement de ma demande

## PRESTATIONS

(Cocher la case concernée)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Auxiliaires de vie                           | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel ou électrique |
| <input type="checkbox"/> Aménagement spécifique de véhicule           | <input type="checkbox"/> Prothèses auditives                   |
| <input type="checkbox"/> Prothèses orthopédiques                      |  |
| <input type="checkbox"/> Transports spécialisés domicile-travail A/R. |  |

Bilan de maintien dans l'emploi (handicap psychologique et cognitif)

- |  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soutien psychologique | <input type="checkbox"/> Accompagnements | <input type="checkbox"/> Autres |
|--|--|---------------------------------|

Accord de l'administration :

Cachet du service :

### EXPOSE DES MOTIFS

Nom, date et signature

### ATTESTATION DU MEDECIN DE PREVENTION

(Attestant le handicap et justifiant la demande sur le plan professionnel)

Nom, date et signature

### CORRESPONDANT HANDICAP

Nom		<b>Signature</b>
Prénom		
Téléphone		
Courriel		