**Fiche produit de prestation**

Partenaire-prestataire: Personne de contact:

Société: Nom:

Adresse:

NPA / Lieu: Fonction:

Tél: Tél:

Sites: e-mail:

Caisse de compensation :

Coordonnées bancaires :

**Description de la prestation**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cadre de la prestation |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CatégoriePrestation** | **Mesures précisions** | **Art.LAI** | **Codesprestations** | **Chiffrestarifaires**905.**0XX**.x |
| Conseil et suivi dès 2022 | Prestations de coaching | 7d | 571 | 030 |
| 144er | 577; 579 ; 580 |

 |
| Nom de la mesure | *A renseigner tel que sur le tableau de convention* |
| Objectifs | Accompagnement, limité dans le temps, visant le soutien à la personne et l’activation de ses ressources dans la résolution de problématiques spécifiques en lien avec la formation, l’activité lucrative ou la réadaptation professionnelle en général.**Cet accompagnement se déroule dans le contexte d’une réadaptation sur le marché primaire du travail** |
| Durée cadre | Selon les besoins, cadré par le droit de la personne assurée et de la mesure en cours, selon les communications de la conseillère ou du conseiller AI.(En règle général: 3-6 mois et 15h/mois maxi, ou 20h maxi.) |
| Prérequis | La personne assurée bénéficie ou est à la recherche d'une mesure IP ou MOP **sur le marché primaire du travail** |
| Public-cible | *A renseigner si nécessaire et utile**Par ex. Accompagnement de personnes ayant une atteinte à la santé spécifique, niveau de langue nécessaire, capacité de travail minimum,…..* |
| Concept | *A renseigner :**Concerne une description large de la mesure en terme d’accompagnement, sur quelles valeurs elle se base, l’accompagnement est-il strict ou plutôt large, ….* |
| Moyens et méthodes | *A renseigner* |
| Encadrement au quotidien | *A renseigner**(nombre d’encadrants, qualité, compétences, diplôme,…)* |
| Langues | *A renseigner.* |
| Résultat |  |
| Bilan intermédiaire  |  [ ] Oui [ ] Non [ ]  A la demande de la – du CAI |
| Bilan final  | **Obligatoirement produit dans un délai de 10 jours après la fin effective de la mesure** *(sauf contre-indication explicite de la conseillère ou du conseiller AI)*  |

Fait le : Par :