

# Fiche de demande d'accompagnement

A destination des personnes nécessitant un accompagnement pour leur participation aux travaux de la HAS

Lorsque la situation d'une personne apportant son concours aux travaux de la HAS le nécessite, elle peut se faire accompagner d'une personne de son choix.

Si les frais nécessaires à cet accompagnement ne sont pas pris en charge par un dispositif d'aide sociale ou de compensation du handicap, l'accompagnant est indemnisé par vacations.

Pour bénéficier de ce dispositif, complétez ce document et adressez-le à :

[contact.associations@has-sante.fr](mailto:contact.associations@has-sante.fr)

## 1. Personne accompagnée

Nom :  Prénom :

Tel :

Courriel :  @

**Le service Engagement des usagers prendra contact avec vous pour préparer votre participation.**

## 2. Nature des travaux avec la HAS

## 3. Nature du besoin d'accompagnement

Présence nécessaire de l'accompagnant (cocher toutes les situations concernées) :

- Pendant la réunion, en salle à la HAS
- Pendant la réunion, en visioconférence chez vous
- Lors du trajet pour venir à la HAS
- Si hébergement nécessaire proche de la HAS la veille ou le soir de la réunion
- Autre besoin spécifique :

#### 4. Accompagnant désigné

Nom :  Prénom :

Tel :

Courriel :  @

**Le service des ressources humaines de la HAS prendra contact avec l'accompagnant désigné pour la préparation de son dossier administratif.**

*Ce formulaire a pour objet de recueillir les coordonnées des accompagnants pour les personnes apportant leur concours aux travaux de la HAS dont la situation le nécessite. Ce traitement a pour base légale l'exercice de la mission d'intérêt public (article 6.1 e) du RGPD) dont est investi la HAS. Dans ce cadre, la HAS collecte les données des personnes accompagnées (nom, prénom, numéro de téléphone, courriel) et de l'accompagnant désigné (nom, prénom, numéro de téléphone et courriel). Ces données peuvent faire l'objet d'une diffusion interne à l'attention des agents concernés. Elles sont conservées dans le dossier administratif des personnes pour une durée de 2 ans et jusqu'à la fin de l'année en cours avant d'être archivé jusqu'à leur 80 ans. Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression en contactant le délégué à la protection (DPO) de la HAS par courriel ([dpo@has-sante.fr](mailto:dpo@has-sante.fr)) ou par courrier à HAS, 5 avenue du stade de France - 93218, Saint-Denis La Plaine Cedex.*

**Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et que le besoin d'accompagnement ne peut pas être couvert par un dispositif d'aide sociale ou de compensation du handicap.**

**Tout changement de situation ou d'accompagnant devra nous être signalé.**

A  ..... le

**Signature obligatoire**