

## Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap pour les travailleurs handicapés non salariés

Date d'arrivée :

Dossier complet : **oui / non**

Date relance :

Date limite retour :

Date A.R. :

limite instruc° :

Décision :

### A qui adresser ce dossier ?

Ce dossier doit être adressé **sous pli recommandé avec accusé de réception** à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) du lieu d'exercice de l'activité pour les travailleurs exerçant une activité non salariée.

Pour les Pyrénées Atlantiques : **DDTEFP des Pyrénées Atlantiques**  
**Cité Administrative**  
**Bd Tourasse**  
**64000 PAU**

### Les pièces à joindre obligatoirement

- le justificatif de l'appartenance du travailleur handicapé à l'une des catégories de bénéficiaires de l'obligation d'emploi visée à l'article L. 323-9.1 du code du travail
- les justificatifs des aménagements optimaux effectués sur le poste de travail occupé par le bénéficiaire, sur les horaires et sur l'environnement de ce poste, listés en page 3 de la demande
- les justificatifs et détail du mode de calcul retenu pour l'évaluation du surcoût lié à l'incidence de la lourdeur du handicap (p.3),

### Identification du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

**Première demande**   
  **Renouvellement**   
 date d'échéance de l'ancienne décision

Raison sociale

SIRET    
 Code NAF    
 Conv° coll active

Adresse

Code postal    
 Ville

Nom-Prénom du responsable légal

Téléphone    
 Télécopie    
 E-mail

Effectif total salariés    
 Effectif total salariés handicapés

Vous êtes assujetti à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés :   
 **oui**   
 **non**

#### Textes de référence :

- loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- décret N° 2006-134 du 9 février 2006 relatif à la reconnaissance de la lourdeur du handicap
- arrêté du 6 février 2006 fixant le montant annuel de l'aide à l'emploi mentionné à l'article R 323-125 du code du travail

## Identification du travailleur handicapé

|                   |                      |                             |                              |                               |
|-------------------|----------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Nom de naissance  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M  | <input type="checkbox"/> Mme | <input type="checkbox"/> Mlle |
| Nom d'épouse      | <input type="text"/> | Prénom                      | <input type="text"/>         |                               |
| Date de naissance | <input type="text"/> | N° département de naissance | <input type="text"/>         |                               |

**Public concerné** (art. L 323-3 du code du travail) ⇒ justificatif à joindre impérativement

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RQTH   | titulaire alloc. rente invalidité ...sapeurs pompiers...    |
| <input type="checkbox"/> AT ou MP avec IPP d'au – 10% et titulaire d'une rente      | <input type="checkbox"/> titulaire de la carte d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> pension d'invalidité et capacité de travail réduite de 2/3 | <input type="checkbox"/> titulaire de l'AAH ...             |
| <input type="checkbox"/> pension militaire d'invalidité                             |   |

Le travailleur handicapé a-t-il antérieurement travaillé en milieu protégé :  
en ESAT (ex CAT) :  oui  non  
en Entreprise adaptée (ex Atelier Protégé) :  oui  non

Taux d'invalidité ou d'incapacité permanente égale ou supérieure à 80 % :  oui  non (si oui, joindre justificatif)

### Travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

#### Activité exercée

Date de début d'activité

Durée légale du travail (art.L 212-1 du code du travail) (en heures)

hebdomadaire  mensuelle

Durée du travail du travailleur handicapé

hebdomadaire  mensuelle

Revenu brut

horaire  mensuel

**Vous faites cette demande à l'occasion :**

- D'un début d'activité  d'un maintien dans l'emploi

## Objet et justification de la demande

Evaluation des incidences du handicap sur l'activité et des charges induites (dupliquer cette page si nécessaire)

| <b>Description des activités et tâches réalisées par le travailleur handicapé</b><br><br><span style="color: #800080;">(joindre la fiche de poste,)</span> | <b>Aménagements réalisés (r) / prévus (p)</b><br><small>(horaires, poste de travail, accompagnement, tutorat, environnement...)</small><br><br><span style="color: #800080;">préciser <u>r</u> ou <u>p</u> pour chaque aménagement</span> | <b>Evaluation des charges <u>mensuelles</u> supplémentaires et régulières induites par le handicap <u>après aménagements</u></b><br><small>(organisation particulière de l'activité, tutorat, accompagnement social ou professionnel, moindre productivité, ...)</small><br><br><span style="color: #800080;">préciser la nature et le montant du <b>surcoût</b> *</span> |
|--|---|---|
| A compléter pour chacune des tâches détaillées en première colonne   |   |   |
|  |   |   |
| <b>Estimation du montant mensuel total du surcoût des dépenses régulières engagées ou prévues en compensation du handicap</b>                              |   |   |

- : Joindre les justificatifs des dépenses **supplémentaires et régulières** engagées ou prévues, et préciser le mode de calcul retenu

Pour les aménagements réalisés ou prévus, avez-vous sollicité des aides financières  oui  non

auprès de l'AGEFIPH  oui  non montant sollicité  reçu  année

auprès de la Région  oui  non montant sollicité  reçu  année

autres  
financeurs  
(préciser)  sollicité  reçu  année   
 sollicité  reçu  année

Montant des aménagements financés par l'entreprise :

Avez-vous sollicité l'appui du service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés  oui  non  
(SAMETH DEPHIE BEARN et SOULE – 77 avenue des Lilas – 64000 PAU)  
(SAMETH CCI – 50-51 Allées Marines BP 215 - 64102 BAYONNE Cedex)

Nom du référent

Si oui, préciser ses préconisations et les réponses que vous avez apportées, à quelle date :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Titre, Signature du responsable de l'entreprise  
Cachet de l'entreprise