

Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap pour les salariés du secteur privé et du secteur public à caractère industriel et commercial

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 de l'établissement de rattachement du salarié concerné.

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),
- la fiche d'aptitude du médecin du travail et son avis circonstancié
- le document d'information de la demande de l'employeur signé par le salarié (Annexe 1)
- copie du contrat de travail

Identification employeur

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

Raison sociale SIRET
N° MSA Code
NAF Conv°
coll ective Adresse Code postal Ville Nom-Prénom du responsable légal Téléphone Télécopie E-mail Effectif total salariés Effectif total salariés handicapés

Vous êtes assujéti 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 M Mme Mlle

Nom d'épouse Prénom

Date de naissance N° département de naissance

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

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

Le salarié 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 salarié

Intitulé du poste de travail

Date d'embauche

L'emploi bénéficie d'une **aide de l'Etat** oui non

Préciser (contrat aidé, exonération ZRR-ZRU, autres) :

Et / ou d'une **aide de l'Agéfiph** : oui non

Préciser nature et montant

Durée collective du travail de l'établissement (en heures)
hebdomadaire mensuelle

Durée du travail du salarié handicapé (en heures)
hebdomadaire mensuelle

Salaire brut
Horaire mensuel

Ancien bénéficiaire de l'**A.B.S.** : oui non

Vous faites cette demande à l'occasion :

d'une embauche 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)

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

- : 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 :

Avis et préconisations du médecin du travail (pour les salariés, avis d'aptitude et avis circonstancié à joindre à la demande)

Avez-vous mis en œuvre ses préconisations :

oui

non

Lesquelles :

Pour quelles raisons :

Avez-vous sollicité l'appui du service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés oui
(SAMETH DEPHIE BEARN et SOULE – 77 avenue des Lilas BP 236 – 64000 PAU)
(SAMETH CCI – 50-51 Allées Marines BP 215 - 64102 BAYONNE Cedex) non

Nom du référent

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

Avez-vous été accompagné dans le recrutement du salarié par un organisme spécialisé (Cap emploi, ANPE, Autres...) oui non

Si oui lequel et nom du référent :

Fait à _____, le _____

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

Information du salarié

Je soussigné(e) _____, responsable de l'entreprise

atteste avoir informé Madame / Monsieur _____ salarié(e) de mon entreprise,

que je dépose une demande de reconnaissance de lourdeur du handicap auprès de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) en vue de bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance.

Date

Signature de l'employeur et cachet de l'entreprise

Je soussigné(e) _____, salarié(e) de l'entreprise

Déclare avoir été informé(e) par mon employeur de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap qu'il sollicite auprès de la DDTEFP.

Date

Signature du salarié(e)

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE LA LOURDEUR DU HANDICAP

Avis circonstancié du médecin du travail

Entreprise

(raison sociale, adresse)

Salarié

Emploi occupé

Médecin du travail

Nom + N°de téléphone

Service de santé
au travail

Date visite médicale

Date d'étude de poste

Description du poste**Restriction(s) éventuelle(s) d'aptitude au poste de travail**

Préconisations d'aménagement optimal du poste de travail (matériel, organisationnel, horaires, ...)

Proposées par le médecin du travail

Réalisées

détail des préconisations

en date du

non

oui

en date du

Proposées par le médecin du travail		Réalisées		
détail des préconisations	en date du	non	oui	en date du

Observations et avis du médecin du travail

--

Fait à _____, le _____

Signature du médecin du travail