

## 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 de la DORDOGNE**  
9, rue de Varsovie  
24016 PERIGUEUX

### 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 | \_\_\_\_\_    Code NAF | \_\_\_\_\_    Conv° collective | \_\_\_\_\_

N° MSA | \_\_\_\_\_

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)**

<b>Description des activités et tâches réalisées par le travailleur handicapé</b>  (joindre la fiche de poste,)	<b>Aménagements réalisés (r) / prévus (p)</b> (horaires, poste de travail, accompagnement, tutorat, environnement...)  préciser <u>r</u> ou <u>p</u> pour chaque aménagement	<b>Evaluation des charges <u>mensuelles</u> supplémentaires et régulières induites par le handicap <u>après aménagements</u></b> <i>(organisation particulière de l'activité, tutorat, accompagnement social ou professionnel, moindre productivité, ...)</i>  préciser la nature et le montant du <b>surcoût *</b>
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 :

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

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)