



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale du travail, de l'emploi
et de la formation professionnelle

N° dossier :

Date d'arrivée :

Dossier complet : **oui / non**

Date relance :

Date limite retour :

Date A.R. :

limite instruc° :

Décision :

Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

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, ou du lieu d'exercice de l'activité pour les travailleurs exerçant une activité non salariée.

DDTEFP 31 service IPTH
7 Bd de la gare, Quai de l'Etoile 31500 Toulouse

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. 323-3 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
Cette fiche d'aptitude n'est pas demandée pour les travailleurs handicapés exerçant une activité non salariée
- le document d'information de la demande de l'employeur signé par le salarié (Annexe 1)

Identification employeur ou travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

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

du secteur privé ou du secteur public
à caractère industriel et commercial travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

Raison sociale

SIRET Code Conv°
N° MSA NAF coll active

Adresse

Code postal Ville

Nom-Prénom du responsable légal

Téléphone Télécopie E-mail

Effectif total salariés Effectif total salariés handicapés

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

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

Identification du travailleur handicapé

Nom de naissance M Mme Mlle
Nom d'usage Prénom
Date de naissance N° département de naissance

Catégorie de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (art. L 323-3 du code du travail) ⇨ justificatif à joindre impérativement

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RQTH | <input type="checkbox"/> veuves de guerre remariées ... |
| <input type="checkbox"/> AT ou MP avec IPP d'au – 10% et titulaire d'une rente | <input type="checkbox"/> femmes d'invalides internés ...pension militaire d'inval. |
| <input type="checkbox"/> pension d'invalidité et capacité de travail réduite de 2/3 | <input type="checkbox"/> titulaire rente invalidité ...sapeurs pompiers... |
| <input type="checkbox"/> pension militaire d'invalidité | <input type="checkbox"/> titulaire de la carte d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> veuves de guerre non remariées ...titulaire pension ... | <input type="checkbox"/> titulaire de l'AAH ... |
| <input type="checkbox"/> orphelin de guerre de – 21 ans ou mère veuves ... | |

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

CDD CDI

Date d'embauche Date fin du CDD

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 de travail de l'établissement (en heures)

hebdomadaire annuelle

Durée du travail du salarié handicapé (en heures)

hebdomadaire mensuelle

Salaire brut

Horaire mensuel

Travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

Activité exercée

Date de début d'activité

Durée légale du travail (art. 212-1 et R. 323-123 du code du travail) (en heures)

hebdomadaire 35 h annuelle 1607h

Durée du travail du travailleur handicapé

hebdomadaire mensuelle

Revenu brut



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

horaire

mensuel

Ancien bénéficiaire de la GRTH : oui non

Vous faites cette demande à l'occasion :

d'une embauche d'un maintien dans l'emploi

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)

<p>Description des activités et tâches réalisées par le travailleur handicapé</p> <p>(joindre la fiche de poste, le référentiel d'activités, ... s'ils existent)</p>	<p>Aménagements réalisés (r) / prévus (p) au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés</p> <p>préciser <u>r</u> ou <u>p</u> pour chaque aménagement</p>	<p>Description des charges <u>annuelles</u> supplémentaires et régulières induites par le handicap <u>après aménagements</u> et évaluation des dépenses engagées <i>(organisation particulière de l'activité, tutorat, accompagnement social ou professionnel, moindre productivité, ...)</i></p> <p>préciser la nature et le montant du surcoût *</p>
<p>A compléter pour chacune des tâches détaillées en première colonne</p>		
		<p>(chiffrage du surcoût annuel en euros)</p>

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

Estimation du montant annuel total du surcoût des dépenses régulières engagées ou prévues en compensation du handicap après aménagement optimal du poste de travail		€

* Préciser le mode de calcul retenu et joindre les justificatifs des dépenses **supplémentaires et régulières** engagées ou prévues.

Pour les salariés, fiche d'aptitude et avis circonstancié éventuel du médecin du travail à joindre à la demande.

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 sollicité reçu année

(préciser) sollicité reçu année

Avez-vous sollicité l'appui du service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
(Nom du service et adresse)

oui

non

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

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