

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 pour les salariés du secteur privé et du secteur public à caractère industriel et commercial

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 Landes :

DDTEFP des Landes
4 allée de la Solidarité
BP 403
40012 MONT DE MARSAN CEDEX

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.5213-6 L. du code du travail (ancien article L.323-9-1)
- 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)
- copies du contrat de travail et du dernier bulletin de salaire

Identification employeur

<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement	date d'échéance de l'ancienne décision	<input type="text"/>
Raison sociale	<input type="text"/>		
SIRET N° MSA	<input type="text"/>	Code NAF	<input type="text"/>
		Conv° collective	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Nom-Prénom du responsable légal	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	Télécopie	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>
Effectif total salariés	<input type="text"/>	Effectif total salariés handicapés	<input type="text"/>
Vous êtes assujéti à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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.5213-49 du code du travail (ancien R 323-125)

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

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

Code PCS

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'AGEFIPH : 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) (horaires, poste de travail, accompagnement, tutorat, environnement...)	Evaluation des charges <u>mensuelles</u> supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagements (organisation particulière de l'activité, tutorat, accompagnement social ou professionnel, moindre productivité, ...)
	préciser r ou p pour chaque aménagement	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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	montant sollicité	<input type="text"/>	reçu	<input type="text"/>	année	<input type="text"/>
auprès de la Région	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	montant sollicité	<input type="text"/>	reçu	<input type="text"/>	année	<input type="text"/>
autres financeurs (préciser)	<input type="text"/>	sollicité	<input type="text"/>	reçu	<input type="text"/>	année	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	sollicité	<input type="text"/>	reçu	<input type="text"/>	année	<input type="text"/>

Montant des aménagements financés par l'entreprise :

Avis et préconisations du médecin du travail (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

(DEPHI – SAMETH - 55 rue d'Aspremont – 40100 DAX - Téléphone : 05.58.56.18.58)

oui

non

Nom du référent :

Si oui, précisez 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)