

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.

Pour le Lot et Garonne :

DDTEFP de LOT et GARONNE
997 avenue du Dr Jean Bru
47916 AGEN Cédex 9

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
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)
- la copie du contrat de travail

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

Catégorie de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (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 allocation 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	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI	
Date d'embauche	<input type="text"/>
Date fin du CDD	<input type="text"/>
L'emploi bénéficie d'une aide de l'Etat :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser (contrat aidé, exonération ZRR-ZRU, autres) :	
<input type="text"/>	
et / ou d'une aide de l'Agéfiph :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser nature et montant	<input type="text"/>
Durée collective de travail de l'établissement (en heures)	
hebdomadaire	<input type="text"/>
mensuelle	<input type="text"/>
Durée du travail du salarié handicapé (en heures)	
hebdomadaire	<input type="text"/>
mensuelle	<input type="text"/>
Salaire brut	
Horaire	<input type="text"/>
mensuel	<input type="text"/>
Ancien bénéficiaire de la GRTH :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vous faites cette demande à l'occasion :	
<input type="checkbox"/> d'une embauche	<input type="checkbox"/> d'un maintien dans l'emploi

Travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

Activité exercée	<input type="text"/>
Date de début d'activité	<input type="text"/>
Durée légale du travail (art. 212-1 et R. 323-123 du code du travail) (en heures)	
hebdomadaire	<input type="text"/>
mensuelle	<input type="text"/>
Durée du travail du travailleur handicapé	
hebdomadaire	<input type="text"/>
mensuelle	<input type="text"/>
Revenu brut	
horaire	<input type="text"/>
mensuel	<input type="text"/>
Vous faites cette demande à l'occasion :	
<input type="checkbox"/> D'un début d'activité	<input type="checkbox"/> 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...) 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> <i>(organisation particulière de l'activité, tutorat, accompagnement social ou professionnel, moindre productivité, ...)</i> 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

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 :

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)	<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"/>

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

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)