

# Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap d'un travailleur non salarié

Dossier également disponible sur [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr) en version saisissable.

## À qui adresser ce dossier ?

Ce dossier doit être adressé par pli recommandé avec accusé de réception à la Délégation Agefiph du lieu d'exercice de l'activité.

## Quels sont les partenaires de l'Agefiph qui peuvent vous aider dans votre démarche ?

**capemploi**

vous conseille et vous accompagne pour faciliter le recrutement et l'intégration des personnes handicapées.

**sameth**

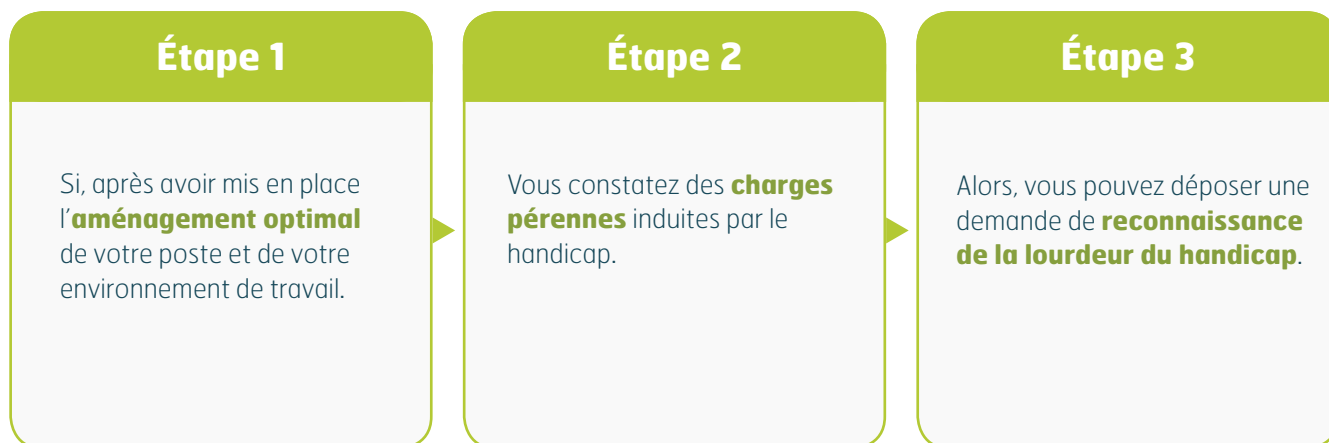
vous conseille et vous accompagne pour faciliter le maintien dans l'emploi de personnes devenues handicapées ou dont le handicap s'aggrave.

# Qu'est-ce que la reconnaissance de la lourdeur du handicap ?

L'objectif de la reconnaissance de la lourdeur du handicap est de compenser financièrement les charges :

- inhérentes au handicap de la personne concernée sur son poste de travail,
- qui perdurent après aménagement optimal de celui-ci,
- qui sont supportées de manière permanente par le travailleur non salarié.

*Il est nécessaire que vous ayez mis en place toutes les mesures appropriées afin de tenir votre poste de travail dans les conditions les plus proches de celles d'une personne non handicapée : mise en place de l'aménagement optimal de votre poste et de votre environnement de travail.*



**L'Agefiph vous accompagne dans votre démarche : conseils, accompagnement, aides.**

## Composition du dossier

- Volet A Identification de l'entreprise et engagement du travailleur non salarié.
- Volet B Identification de la personne concernée.
- Volet C Contexte de la demande.
- Volet D Avis médical circonstancié.
- Volet E Informations sur l'aménagement optimal.
- Volet F Déclaration par le travailleur non salarié des charges pérennes induites par le handicap après aménagement optimal.

# Quels sont les justificatifs à fournir ?

- le présent **formulaire de demande** de reconnaissance de la lourdeur du handicap, dûment et complètement renseigné, sans rature, signé et revêtu du cachet de l'entreprise,
- la copie de l'un des **justificatifs de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi** du travailleur non salarié, dont la liste figure à l'article L5212-13 du code du travail (Cf. volet B) :
  - en cours de validité, et pour au moins 6 mois à compter de la date de dépôt de la demande,
  - si la durée de validité est inférieure à 6 mois, le justificatif de la qualité de bénéficiaire doit être accompagné de la copie de l'accusé de réception de la demande de renouvellement,
- la copie d'un **justificatif d'immatriculation ou d'inscription** attestant de l'activité de travailleur non salarié, de moins de 3 mois,
- un justificatif des revenus professionnels déclarés du travailleur non salarié, pour la dernière année écoulée :
  - en cas d'imposition sur le revenu : la copie de la dernière **déclaration de revenus professionnels** (formulaire 2042C : déclaration complémentaire d'impôt sur le revenu),
  - ou, en cas d'imposition sur les sociétés : une **attestation comptable précisant le montant des dernières rémunérations nettes** versées au travailleur non salarié, ainsi que le dernier montant perçu au titre des actions/parts sociales et revenus assimilés distribués, déclarés sur le formulaire 2065 (déclaration d'impôt sur les sociétés),
- la copie des **justificatifs** des coûts supportés par le travailleur non salarié dans le cadre de l'aménagement optimal de son poste et de son environnement de travail (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...) <sup>1</sup>,
- la copie des **justificatifs** des coûts supportés par le travailleur non salarié au titre des charges pérennes induites par le handicap,
  - notamment, le cas échéant, le **bulletin de salaire** ou un **justificatif de revenus professionnels** d'activité non salariée du **tiers aidant** et/ou **du tuteur**,
- le **RIB** (Relevé d'Identité Bancaire) de l'entreprise (compte professionnel).

1. Par dérogation, lorsque le bénéficiaire présente un taux d'invalidité ou d'incapacité égal ou supérieur à 80%, est acceptée une liste des prévisions d'aménagements du poste et de l'environnement de travail du bénéficiaire que celui-ci s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande ou de la demande de révision.

## ➤ Identification de l'entreprise

Raison sociale

Enseigne commerciale

Siret

Adresse postale

Code postal

Ville

### Représentant légal de l'entreprise :

M  Mme Nom

Prénom

Qualité

Téléphone

Tél. mobile

Adresse mail

Adresse postale

Code postal

Ville

### Personne à contacter dans l'entreprise (si différente) :

M  Mme Nom

Prénom

Fonction

Téléphone

Tél. mobile

Adresse mail

Adresse postale

Code postal

Ville

Première demande       Renouvellement

Demande de révision

En cas de renouvellement ou de demande de révision préciser la date d'échéance de la précédente décision : ..... / ..... / .....

### Personne morale :

- Entreprise privée (hors intérim)
- Exploitation agricole
- Travailleur indépendant, profession libérale
- Particulier employeur
- Établissement public administratif
- Établissement Public à caractère industriel et commercial (EPIC)
- Organisation professionnelle/patronale
- Syndicat de salariés
- Association
- Entreprise adaptée ou CDTD
- ESAT
- Structure d'insertion par l'activité économique
- Entreprise de travail temporaire (hors intérim d'insertion)
- Auto-entrepreneur
- Autre, préciser:
- Code NAF 2008

### Effectifs de l'établissement

Effectif salarié de l'établissement au 31/12

Effectif TH de l'établissement au 31/12

## ➤ Engagement du travailleur non salarié

**Je soussigné(e),**   
**agissant en qualité de travailleur non salarié dans l'entreprise**

- Certifie sur l'honneur que l'entreprise ci-dessus mentionnée a un statut de droit privé ou public industriel et commercial<sup>1</sup>,
- Certifie sur l'honneur que mon activité n'est pas terminée ou suspendue, **au jour du dépôt de la demande**,
- Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans le dossier de demande de RLH.
- Accepte l'éventualité de la visite de l'Agefiph ou d'un prestataire désigné par l'Agefiph à des fins d'expertise technique de la demande, et l'éventuelle transmission par l'Agefiph à cet expert des informations communiquées dans le présent dossier, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes<sup>2</sup>.
- M'engage à produire toute pièce justificative visant à contrôler sur place ou sur pièces les conditions au vu desquelles la RLH serait accordée, et ce pour une durée allant jusqu'à 3 ans à compter de la fin des droits.
- Reconnais être informé(e) de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

Fait à  Date ..... / ..... / .....

Signature du travailleur non salarié et cachet professionnel  
*Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé"*

1. Les entreprises du secteur public non industriel et commercial ne sont pas éligibles au dispositif de reconnaissance de la lourdeur du handicap.

2. Les informations communiquées dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique ayant été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté sous le numéro 1596326. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adresserez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).

M  Mme

Nom d'usage / Nom d'époux (se)

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

Département de naissance

Adresse postale

Code postal

Ville

## Situation par rapport au handicap

### Nature du handicap principal :

- Handicap moteur  Maladie invalidante
- Handicap visuel  Handicap auditif
- Handicap mental  Handicap psychique
- Multihandicaps

### Justificatif de la qualité de bénéficiaire de l'obligation

**d'emploi** (article L5212-13 du code du travail) :

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- Notification de rente pour accident du travail ou maladie professionnelle
- Notification de pension d'invalidité
- Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Carte d'invalidité
- Autre catégorie (notification de pension de guerre et assimilés...)
- Cocher si le justificatif atteste d'un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente d'au moins 80%

### Dates de validité du justificatif :

Début

Fin       ou attribué à titre définitif

- Cocher si vous avez fourni un justificatif d'attente du renouvellement d'un des justificatifs mentionnés ci-dessus.

## Situation par rapport à l'emploi

### Niveau de formation :

- Niveau VI (sans formation ou certificat d'études primaires)
- Niveau V bis (3<sup>ème</sup>)
- Niveau V (BEP, CAP, Brevet des collèges)
- Niveau IV (Bac, Bac technique)
- Niveau III (Bac + 2)
- Niveau I à II (Bac + 3 et plus)

### Catégorie de poste occupé :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Profession Intermédiaire
- Employé
- Ouvrier

Date de démarrage de l'activité

Intitulé du poste de travail

### Temps de travail :

• Durée mensuelle de travail (dans la limite de la durée légale)

• Nombre de mois travaillés par an

### Revenu :

Revenu annuel\*

\* Montant des derniers revenus professionnels annuels non-salariés déclarés.

Revenu horaire\*

\* Montant des derniers revenus professionnels annuels non-salariés déclarés / durée annuelle de travail dans la limite de la durée légale.

## Présentation de l'entreprise

*Veillez décrire de manière détaillée les activités de l'entreprise, ses spécificités, notamment dans l'organisation (...) afin de permettre une bonne compréhension de la situation et des contraintes liées aux activités et à l'organisation propre de l'entreprise.*

## Présentation de la situation de travail de la personne concernée

*Veillez décrire de manière détaillée le poste et l'environnement de travail de la personne handicapée concernée (travail de nuit, travail en équipe, travail en usine, environnement bruyant, longue distance à parcourir...) afin de permettre une bonne compréhension de sa situation d'emploi.*

**Veillez renseigner cette rubrique si la personne concernée bénéficie de l'aide d'un tiers ou d'un tuteur:**

### Tiers aidant (le cas échéant)

Salaire horaire brut chargé\*:

**ou si le tiers aidant est non salarié**, revenu horaire\*\* :

\* Salaire brut mensuel chargé / durée mensuelle de travail mentionnée au contrat.

\*\* Montant des derniers revenus professionnels annuels non-salariés déclarés / durée annuelle de travail dans la limite de la durée légale.

### Tuteur (le cas échéant)

Salaire horaire brut chargé\*:

**ou si le tuteur est non salarié**, revenu horaire\*\* :

\* Salaire brut mensuel chargé / durée mensuelle de travail mentionnée au contrat.

\*\* Montant des derniers revenus professionnels annuels non-salariés déclarés / durée annuelle de travail dans la limite de la durée légale.

**Médecin**

Nom

Prénom

Adresse postale

Code postal

Ville

Téléphone

**Entreprise**

Raison sociale

Adresse postale

Code postal

Ville

**Personne concernée**

Nom d'usage

Prénom

Intitulé du poste

Date de la dernière visite médicale

Date de l'étude de poste (le cas échéant)

**Description du poste occupé**

**Restrictions d'aptitude éventuelles et conséquences sur la tenue du poste occupé par tâche**

*(5 grandes familles de tâches maximum)*

**Entreprise**

Raison sociale

Adresse postale

Code postal

Ville

**Personne concernée**

Nom d'usage

Prénom

Intitulé du poste

**Aménagements nécessaires (réalisés ou à réaliser) du poste et de son environnement de travail en lien avec les restrictions mentionnées ci-avant**

**Aménagement(s) organisationnel(s) :**

**Aménagement(s) d'horaires :**

**Aménagement(s) technique(s) :**

**Estimez-vous que les aménagements préconisés sont mis en place ?**

**Observations et avis du médecin**

Fait à

Date ..... / ..... / .....

Signature et cachet du Médecin



## ➤ Aménagement optimal réalisé (ou prévu<sup>1</sup>) du poste et de l'environnement de travail

<b>Détails des aménagements</b>	<b>Réalisé ou Prévu</b> (Indiquer R ou P)	<b>Date de réalisation</b>
Aménagement(s) organisationnel(s)		
Aménagement(s) d'horaires		
Aménagement(s) technique(s)		

1. Par dérogation, lorsque le bénéficiaire présente un taux d'invalidité ou d'incapacité égal ou supérieur à 80%, est acceptée une liste des prévisions d'aménagements du poste et de l'environnement de travail du bénéficiaire que celui-ci s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande ou de la demande de révision.

## ➤ Déclaration par le travailleur non salarié des charges mensuelles pérennes<sup>1</sup> induites par le handicap après aménagement optimal

Description des tâches réalisées par la personne concernée (même celles ne représentant pas de difficulté)			Évaluation de la moindre productivité de la personne concernée			Tutorat réalisé auprès de la personne concernée (accompagnement professionnel renforcé)	Autres charges pérennes induites par le handicap de la personne concernée
Tâches réalisées (découpage de l'activité en 5 grandes tâches maximum)	Description de la tâche et de la difficulté/contrainte éventuellement rencontrée	Temps passé sur cette tâche en heures mensuelles	Perte de productivité (non compensée par l'intervention d'un tiers) en heures mensuelles	ou	Aide d'un tiers réalisée en heures mensuelles	Tutorat en heures mensuelles	Montants mensuels des dépenses
				ou			
				ou			
				ou			
				ou			
				ou			
		<b>Total</b> (doit être égal à la durée mensuelle de travail dans la limite de la durée légale)	<b>Total</b>		<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>

Pour savoir si ces charges vous permettent d'obtenir la reconnaissance de la lourdeur du handicap, veuillez-vous reporter à la notice.

1. Déduction faite des heures et montants couverts par une autre aide.