

Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap d'un salarié

Dossier également disponible sur 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 dont dépend l'établissement employeur du salarié concerné.

Formulaire simplifié pour renouvellement

Attention : en cas de changement de situation ou si le salarié concerné a 50 ans et plus au jour du dépôt de la demande, il est nécessaire d'utiliser le formulaire dans sa version intégrale (téléchargeable sur www.agefiph.fr et saisissable).

Composition du dossier

Volet A	Identification et engagement de l'employeur.
Volet B	Identification et information du salarié.
Volet C	Avis circonstancié du médecin du travail.

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'employeur,
- la copie de l'un des **justificatifs de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi** de la personne concernée 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 de la plus récente **fiche d'aptitude médicale** établie par le médecin du travail, de la personne handicapée concernée,
- la copie du plus récent **bulletin de salaire** de la personne handicapée concernée,
- en cas de changement : le **RIB** (Relevé d'Identité Bancaire) de l'entreprise.

➤ Identification de l'employeur

Volet A

Raison sociale [REDACTED]
Enseigne commerciale [REDACTED]
Siret [REDACTED]
Adresse postale [REDACTED]
Code postal [REDACTED]
Ville [REDACTED]

Préciser la date d'échéance de la précédente décision: / /

Représentant légal de l'entreprise:

M Mme Nom [REDACTED]
Prénom [REDACTED]
Qualité [REDACTED]
Tél. [REDACTED] Tél. mobile [REDACTED]
Adresse mail [REDACTED]
Adresse postale [REDACTED]
Code postal [REDACTED]
Ville [REDACTED]

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: [REDACTED]
- Code NAF 2008 [REDACTED]

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

M Mme Nom [REDACTED]
Prénom [REDACTED]
Fonction [REDACTED]
Tél. [REDACTED] Tél. mobile [REDACTED]
Adresse mail [REDACTED]
Adresse postale [REDACTED]
Code postal [REDACTED]
Ville [REDACTED]

Effectifs de l'établissement

Effectif salarié de l'établissement au 31/12 [REDACTED]
Effectif TH de l'établissement au 31/12 [REDACTED]
Établissement assujéti à l'obligation d'emploi au 31/12 dernier?
(article L5212-2 du code du travail) Oui Non
Si oui préciser: l'effectif d'assujettissement correspondant [REDACTED]

➤ Engagement de l'employeur

Je soussigné(e), [REDACTED]

agissant en qualité de responsable légal de l'entreprise [REDACTED]

- Certifie sur l'honneur que l'entreprise ci-dessus mentionnée a un statut de droit privé ou public industriel et commercial¹,
- Certifie sur l'honneur qu'**au jour du dépôt de la demande**, le salarié concerné par la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH):
 - est toujours en emploi et que son contrat de travail n'est pas suspendu²
 - n'est pas en période de préavis
- **Certifie sur l'honneur que la situation de travail du salarié concerné est inchangée au regard de la précédente décision de reconnaissance de la lourdeur du handicap, et notamment qu'il n'y a pas eu³:**
 - d'évolution du handicap impactant la tenue du poste de travail
 - de changement dans l'aménagement du poste de travail
 - de changement des tâches réalisées ou du temps passé pour chacune d'elles
 - de changement du lieu d'exécution du travail
 - d'évolution des charges supportées du fait du handicap
- 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 personnes⁴.
- 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.
- Reconnaiss être informé(e) de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

Fait à [REDACTED]

Date / /

Signature du représentant légal de l'employeur et cachet de l'établissement
Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

1. Les employeurs du secteur public non industriel et commercial ne sont pas éligibles au dispositif de RLH. 2. Le contrat de travail est suspendu dans les cas suivants : arrêt de travail, congé sabbatique, Congé Individuel de Formation (CIF)... 3. En cas de changement de situation (si vous n'avez pas coché toutes les cases), il est nécessaire d'utiliser le formulaire dans sa version intégrale (téléchargeable sur www.agefiph.fr). L'Agefiph se réserve également le droit, en cas de présomption de changement de situation, de demander une version intégrale du dossier. 4. 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).

➤ Identification du salarié

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^{ème})

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

Type de contrat de travail :

CDI

CDD

Intérim

Contrat aidé (dont contrat de professionnalisation)

Contrat d'apprentissage

Date d'embauche

Date de fin de contrat

Intitulé du poste de travail

Temps de travail :

• Durée mensuelle collective de travail de l'établissement

• Durée mensuelle de travail du salarié mentionnée au contrat

• Durée de travail du salarié en équivalent temps plein (EQTP)*

* Durée mensuelle de travail du salarié mentionnée au contrat / Durée mensuelle collective de travail de l'établissement.

Salaire :

Salaire horaire brut chargé*

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

➤ Information du salarié

Je soussigné(e), (nom prénom)

salarié(e) de l'entreprise (raison sociale)

déclare avoir été informé(e) par mon employeur du dépôt d'une demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap auprès de la Délégation Agefiph, qu'il sollicite en vue de bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance.

Fait à

Date / /

Signature du ou de la salarié(e)

Médecin du travail

Nom
Prénom

Service de santé au travail

Nom
Adresse postale

Code postal
Ville
Téléphone

Entreprise

Raison sociale
Adresse postale

Code postal
Ville

Salarié

Nom d'usage
Prénom
Intitulé du poste
Date de la dernière visite médicale
Date de l'étude de poste

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

Salarié

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 du travail

Fait à

Date / /

Signature et cachet du Médecin du travail