

Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap d'un travailleur non 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 du lieu d'exercice de l'activité.

Formulaire simplifié pour renouvellement

Attention : en cas de changement de situation ou si la personne concernée 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 de l'entreprise et engagement du travailleur non salarié.
Volet B	Identification de la personne concernée.
Volet C	Avis médical circonstancié.

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,
- 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),
- en cas de changement : le **RIB** (Relevé d'Identité Bancaire) de l'entreprise (compte professionnel).

➤ Identification de l'entreprise

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

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 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]

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: [REDACTED]
 Code NAF 2008 [REDACTED]

Effectifs de l'établissement

Effectif salarié de l'établissement au 31/12 [REDACTED]
 Effectif TH de l'établissement au 31/12 [REDACTED]

➤ Engagement du travailleur non salarié

Je soussigné(e), [REDACTED]

agissant en qualité de travailleur non salarié dans 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 que mon activité n'est pas terminée ou suspendue, **au jour du dépôt de la demande**,
- **Certifie sur l'honneur que ma situation de travail est inchangée au regard de la précédente décision de reconnaissance de la lourdeur du handicap, et notamment qu'il n'y a pas eu² :**
 - 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 personnes³.
- 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.
- Reconnaît être informé(e) de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

Fait à [REDACTED]

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. 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. 3. 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^{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

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.

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