

# Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

d'une personne sortant d'établissement ou service d'aide par le travail (ESAT),  
d'entreprise adaptée (EA) ou de centre de distribution de travail à domicile (CDTD)

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 :

- dont dépend l'établissement employeur du salarié concerné
- ou du lieu d'exercice de l'activité pour un travailleur non salarié

**Attention :** ce formulaire n'est destiné qu'aux employeurs ayant embauché une personne sortie d'ESAT, d'EA ou de CDTD depuis moins d'1 an (ou aux travailleurs non-salariés sortis d'ESAT, d'EA ou de CDTD depuis moins d'1 an).  
Ce formulaire n'est valable que pour une 1ère demande.

## Composition du dossier

Volet A Identification de l'entreprise et engagement du demandeur.

Volet B Identification et information de la personne concernée.

Volet C Attestation de l'entreprise adaptée, de l'ESAT ou du CDTD.

## 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,
- Si la demande concerne une personne salariée :
  - la plus récente **fiche d'aptitude médicale** établie par le médecin du travail, de la personne handicapée concernée,
  - le **contrat de travail** de la personne handicapée concernée et, le cas échéant, du ou des avenants à ce contrat,
- Si la demande concerne un travailleur non salarié :
  - un **justificatif d'immatriculation ou d'inscription** attestant de l'activité de travailleur non salarié, de moins de 3 mois,
- le **RIB** (Relevé d'Identité Bancaire) de l'entreprise (compte professionnel).

## ➤ Identification de l'entreprise

Raison sociale

Enseigne commerciale

Siret

Adresse postale

Code postal

Ville

### Représentant légal de l'entreprise :

M  Mme Nom

Prénom

Qualité

Tél.  Tél. mobile

Adresse mail

Adresse postale

Code postal

Ville

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

M  Mme Nom

Prénom

Fonction

Tél.  Tél. mobile

Adresse mail

Adresse postale

Code postal

Ville

### 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

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

## ➤ Engagement du demandeur

Je soussigné(e),   
agissant en qualité de **travailleur non salarié ou de responsable légal de 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 la personne handicapée concernée est sortie d'établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), d'entreprise adaptée (EA) ou de centre de distribution de travail à domicile (CDTD) depuis moins d'1 an, au jour du dépôt de la demande.
- Certifie sur l'honneur ne pas avoir déjà bénéficié d'une reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH) pour la personne concernée.

### Si vous faites la demande de RLH pour vous-même en tant que travailleur non salarié :

- Certifie sur l'honneur que mon activité non salariée n'est pas terminée ou suspendue<sup>2</sup>, au jour du dépôt de la demande.

### Si vous faites la demande de RLH en tant qu'un employeur du salarié concerné :

- Certifie sur l'honneur qu'au jour du dépôt de la demande, le salarié concerné par la demande de RLH :
  - est toujours en emploi et que son contrat de travail n'est pas suspendu
  - n'est pas en période de préavis
- M'engage à prendre, conformément à l'article L5213-6 du code du travail, les mesures appropriées pour permettre au salarié concerné d'accéder à un emploi correspondant à ses qualifications et de l'exercer. Cette obligation dépasse les seuls aménagements de poste et des locaux. Il peut également s'agir de sensibiliser le collectif de travail, de mettre en place un accompagnement renforcé par un tuteur ou une aide par un tiers, ou encore d'adapter les horaires et le rythme de travail.
- 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 concernées<sup>3</sup>.
- M'engage à produire toute pièce justificative visant à contrôler sur place ou sur pièces les conditions sur la base desquelles les droits RLH seraient accordés, et ce pour une durée allant jusqu'à 3 ans à compter de la fin des droits.
- Reconnais être informé de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

Fait à  Date ..... / ..... / .....

Signature du représentant légal de l'employeur ou du travailleur non salarié  
et cachet de l'établissement  
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 RLH. 2. Le contrat de travail est suspendu dans les cas suivants : arrêt de travail, congé sabbatique, Congé Individuel de Formation (CIF)... 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).

## ➤ Identification de la personne concernée

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

Intitulé du poste de travail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Si la personne concernée est salariée

#### 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 (le cas échéant)

#### 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.

### Si la personne concernée est un travailleur non salarié

Date de démarrage de l'activité

#### Temps de travail :

- Durée mensuelle de travail (dans la limite de la durée légale) \_\_\_\_\_
- Nombre de mois travaillés par an \_\_\_\_\_

## ➤ Information du salarié (le cas échéant)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

salarié(e) de l'entreprise \_\_\_\_\_

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)

**Je soussigné(e),** \_\_\_\_\_

**Agissant en qualité de responsable légal de** \_\_\_\_\_

• Certifie sur l'honneur avoir employé dans mes effectifs M/Mme \_\_\_\_\_

Du (date d'embauche)     au

En tant que :  Usager d'ESAT  
 Salarié d'entreprise adaptée ou de CDTD ouvrant droit à l'aide au poste

• Reconnais être informé de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

Fait à \_\_\_\_\_

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

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