

Contact en ligne: <https://www.services.agefiph.fr> ou par voie postale : Agefiph DREX TSA 30001 41 013 BLOIS cedex

**Remplir les champs grisés**

Votre numéro de dossier : .....	Personne concernée : .....
Raison sociale : .....	Siret : .....
Année concernée : .....	Trimestre déclaré : <input type="checkbox"/> T1 (janv-fev-mars) <input type="checkbox"/> T2 (avril-mai-juin) <input type="checkbox"/> T3 (juil-août-sept) <input type="checkbox"/> T4 (oct-nov-déc)

**Informations concernant l'entreprise :**

Etablissement employeur du salarié ou établissement de rattachement du travailleur non salarié

Le n° de SIRET ou la raison sociale ont-ils changé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Si Oui, date d'effet : .....
		Si Oui, Motif de changement : .....
L'adresse a-t-elle changé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Si Oui, Nouvelle adresse : .....
Le responsable légal a-t-il changé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, Nom – Prénom du responsable légal : .....
L'interlocuteur a-t-il changé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, nouveau mail : .....@.....
La durée collective de travail a-t-elle changé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Si Oui, nouvelle durée mensuelle : ..... Date d'effet : .....
Les coordonnées bancaires ont-elles changé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, joindre un RIB (compte professionnel)

**Informations concernant la personne handicapée :**

A-t-elle quitté votre entreprise ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, date d'effet : .....
		Motif Rupture (cf notice) : .....
Sa durée contractuelle de travail a-t-elle changé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Si Oui, nouvelle durée mensuelle : ..... Date d'effet : .....
Sa situation de travail a-t-elle changé (poste de travail, tâches réalisées, aménagements du poste, charges supportées...)?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	

Déclaration du nombre d'heures effectivement travaillées par la personne concernée	Mois n° 1 : ..... heures	Mois n° 2 : ..... heures	Mois n° 3 : ..... heures
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Je soussigné(e), M., Mme (prénom, NOM DE NAISSANCE) ....., interlocuteur désigné concernant le versement de l'AETH :

- certifie sur l'honneur l'exactitude des informations transmises
- dans le cas d'une **entreprise adaptée uniquement** : certifie sur l'honneur que le salarié concerné est hors contingent d'aide au poste pour les mois déclarés au titre de l'AETH (le cumul mensuel de ces 2 aides est interdit)

Date : ...../...../.....

Cachet entreprise et signature