

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.

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

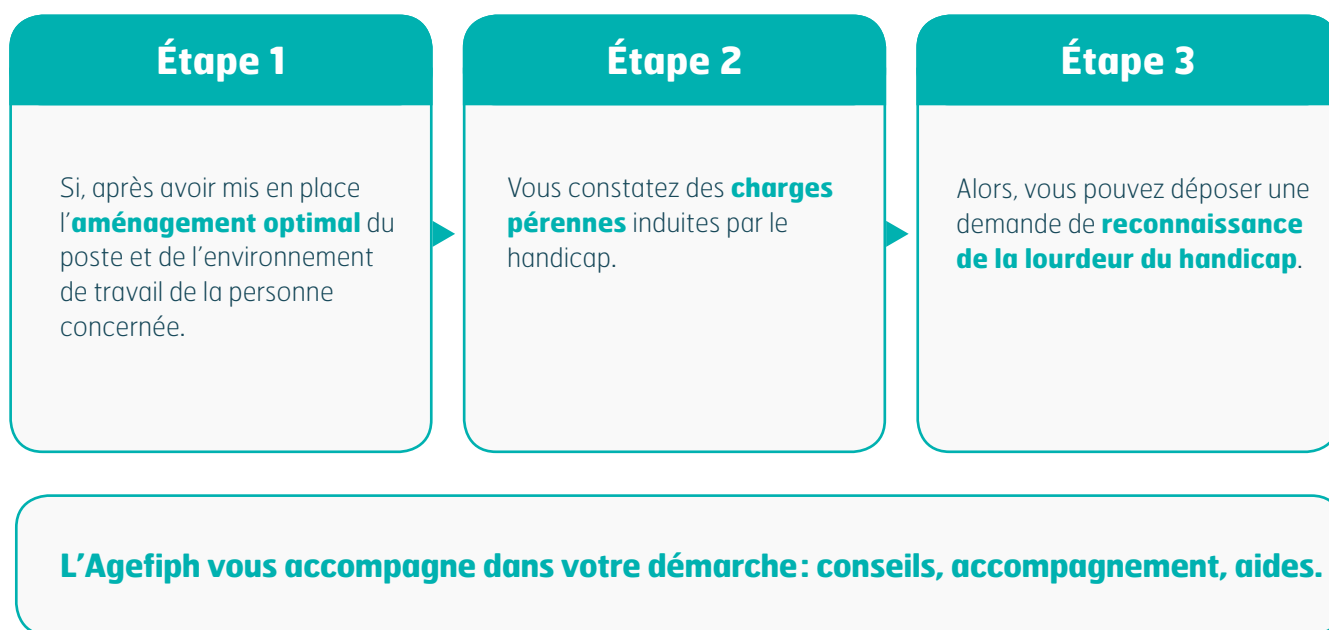
vous conseille et vous accompagne pour faciliter le maintien dans l'emploi de personnes devenues handicapées ou dont le handicap s'aggrave.

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 l'employeur.

Tout employeur a l'obligation de mettre en place les mesures appropriées afin qu'un salarié handicapé puisse travailler dans les mêmes conditions que ses collègues.



Composition du dossier

Volet A	Identification et engagement de l'employeur.
Volet B	Identification et information du salarié.
Volet C	Contexte de la demande.
Volet D	Avis circonstancié du médecin du travail.
Volet E	Informations sur l'aménagement optimal.
Volet F	Déclaration par l'employeur 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'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 **contrat de travail** de la personne handicapée concernée et, le cas échéant, du ou des avenants à ce contrat,
- la copie du plus récent **bulletin de salaire** de la personne handicapée concernée,
- la copie des **justificatifs** des coûts supportés par l'employeur dans le cadre de l'aménagement optimal du poste et de l'environnement de travail de la personne handicapée concernée (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...)¹,
- la copie des **justificatifs** des coûts supportés par l'employeur 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.

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 l'employeur s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande ou de la demande de révision.

➤ Identification de l'employeur

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

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 de l'employeur

Je soussigné(e),

agissant en qualité 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 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 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.
- Reconnais être informé(e) de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

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

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).

Fait à Date / /

Signature du représentant légal de l'entreprise
et cachet de l'établissement

➤ 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),

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)

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 du salarié concerné

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 le salarié 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 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

➤ Aménagement optimal réalisé (ou prévu¹) du poste et de l'environnement de travail

Détails des aménagements	Réalisé ou Prévu (Indiquer R ou P)	Date de réalisation
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 l'employeur s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande ou de la demande de révision.

➤ Déclaration par l'employeur des charges mensuelles pérennes¹ 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			
		Total (doit être égal à la durée mensuelle de travail mentionnée au contrat)	Total		Total	Total	Total

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

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