

En ligne: <https://www.services.agefiph.fr> ou par voie postale : **Agefiph/DSP 192 av. A. Briand 92 226 BAGNEUX 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) <small>(1 seul trimestre par bordereau)</small> <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 :

Son contrat de travail est-il terminé (ou l'activité non salariée)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, date d'effet :	|| || || || || || || ||
		Motif Rupture contrat :	.....
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 :	Mois n° 2 :	Mois n° 3 :
	..... heures	..... heures	..... heures

Je soussigné(e), M., Mme (prénom, NOM DE NAISSANCE + NOM D'USAGE), interlocuteur désigné concernant le versement de l'aide liée à la RLH :

- certifie sur l'honneur l'exactitude des informations transmises
- dans le cas d'une **entreprise adaptée uniquement** : certifie sur l'honneur que pour les mois déclarés, il n'y a pas de cumul financier entre aide RLH et aides financières spécifiques aux EA concernant ce salarié.

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

Cachet entreprise et signature