

Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap d'un salarié

À qui adresser cette demande ?

Cette demande doit être :

▶ saisie en ligne sur www.agefiph.fr

ou

▶ adressée par pli recommandé avec accusé de réception
à la Délégation Régionale Agefiph dont dépend l'établissement employeur du salarié concerné.

Formulaire simplifié pour renouvellement

Attention : en cas de changement de situation ou si le salarié concerné a 50 ans et plus au jour du dépôt de la demande, il est nécessaire d'utiliser le formulaire dans sa version intégrale (saisissable en ligne ou téléchargeable sur www.agefiph.fr).

Composition de la demande

Volet A	Identification et engagement de l'employeur.
Volet B	Identification du salarié.
Volet C	Avis circonstancié du médecin du travail.

Quels sont les justificatifs à fournir ? ¹

- 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,Lorsque la demande de renouvellement du justificatif a été déposée avant sa date de fin, le justificatif est considéré comme toujours valide jusqu'à la délivrance du nouveau justificatif.
- la copie du plus récent **bulletin de salaire** de la personne handicapée concernée,
- en cas de changement : le **RIB** (Relevé d'Identité Bancaire) de l'entreprise.

Attention : si le numéro de sécurité sociale de la personne concernée apparaît sur les justificatifs fournis, celui-ci doit être rayé afin de ne plus être lisible.

¹. Les informations recueillies dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique pour permettre l'instruction de la demande et l'attribution d'une décision relative à la Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap. Vous trouverez toutes les précisions utiles dans la notice explicative de ce formulaire.

Raison sociale

Enseigne commerciale

Siret

Adresse postale

Code postal

Ville

Représentant légal de l'entreprise :

M Mme Nom d'usage

Nom de naissance*

Prénom

Fonction

* Information nécessaire pour se connecter à son compte en ligne Agefiph.

Personne à contacter dans l'entreprise :

M Mme Nom d'usage

Nom de naissance*

Prénom

Fonction

Tél. fixe Mobile

Adresse mail**

Adresse postale

Code postal

Ville

* Information nécessaire pour se connecter à son compte en ligne Agefiph.

** à saisir uniquement si vous acceptez d'échanger avec l'Agefiph par voie électronique dans le cadre de cette demande.

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

ESAT

Entreprise de travail temporaire

Auto-entrepreneur

Autre, préciser :

Code NAF 2008

L'établissement bénéficie-t-il d'un agrément «Entreprise adaptée» au jour du dépôt de la demande ? Oui Non

Effectifs de l'établissement au 31/12 dernier

Effectif salarié :

Effectif salarié reconnu handicapé :

Établissement assujéti à l'obligation d'emploi ? (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 ; que son contrat de travail n'est pas suspendu² ; qu'il n'est pas en période de préavis.
- Certifie sur l'honneur avoir informé le salarié concerné du dépôt de cette demande et m'engage à l'informer de la décision qui sera prise par l'Agefiph.
- **Certifie sur l'honneur que la situation de travail du salarié concerné est inchangée au regard de la précédente décision de reconnaissance de la lourdeur du handicap, et notamment qu'il n'y a pas eu³ :**
 - ▶ d'évolution du handicap impactant la tenue du poste de travail
 - ▶ de changement des tâches réalisées ou du temps passé pour chacune d'elles
 - ▶ d'évolution des charges supportées du fait du handicap
 - ▶ de changement dans l'aménagement du poste de travail
 - ▶ de changement du lieu d'exécution du travail
- Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans la 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 la présente demande, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes.
- 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 5 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 RLH. 2. Le contrat de travail est suspendu dans les cas suivants : arrêt de travail, congé sabbatique, Congé Individuel de Formation (CIF)... 3. En cas de changement de situation, il est nécessaire d'utiliser le formulaire dans sa version intégrale. L'Agefiph se réserve également le droit, en cas de présomption de changement de situation, de demander une version intégrale de la demande.

Fait à Date / /

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

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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Handicap moteur | <input type="checkbox"/> Maladie invalidante |
| <input type="checkbox"/> Handicap visuel | <input type="checkbox"/> Handicap auditif |
| <input type="checkbox"/> Handicap mental | <input type="checkbox"/> Handicap psychique |
| <input type="checkbox"/> Multihandicaps | <input type="checkbox"/> Handicap cognitif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 Mobilité Inclusion mention Invalidité (ex-carte d'invalidité)
 Autre catégorie (notification de pension de guerre et assimilés...)

Le justificatif fourni atteste-t-il d'un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente d'au moins 80% ? Oui Non

Dates de validité du justificatif :

Début
 Fin ou attribué à titre définitif

Avez-vous fourni un accusé-réception de dépôt de demande de renouvellement d'un des justificatifs mentionnés ci-dessus ?

Oui Non

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

Dans le cas d'une Entreprise adaptée :

Le salarié concerné ouvre-t-il droit aux aides financières spécifiques aux EA ? * Oui Non

* Cocher «Oui» si le salarié remplit les conditions mentionnées à l'Article L5213-19 du code du travail.

Type de contrat de travail :

- CDI
 CDD
 Intérim
 Contrat aidé (dont contrat de professionnalisation)
 Contrat d'apprentissage

La personne handicapée concernée est-elle dans le dispositif «Emploi Accompagné» ? * Oui Non

* Dispositif légal issu du Décret du 27/12/2016

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 + charges patronales / durée mensuelle de travail mentionnée au contrat.

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