

# Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap d'un travailleur non salarié

## À qui adresser cette demande ?

Cette demande doit être :

▶ saisie en ligne sur [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr)

**ou**

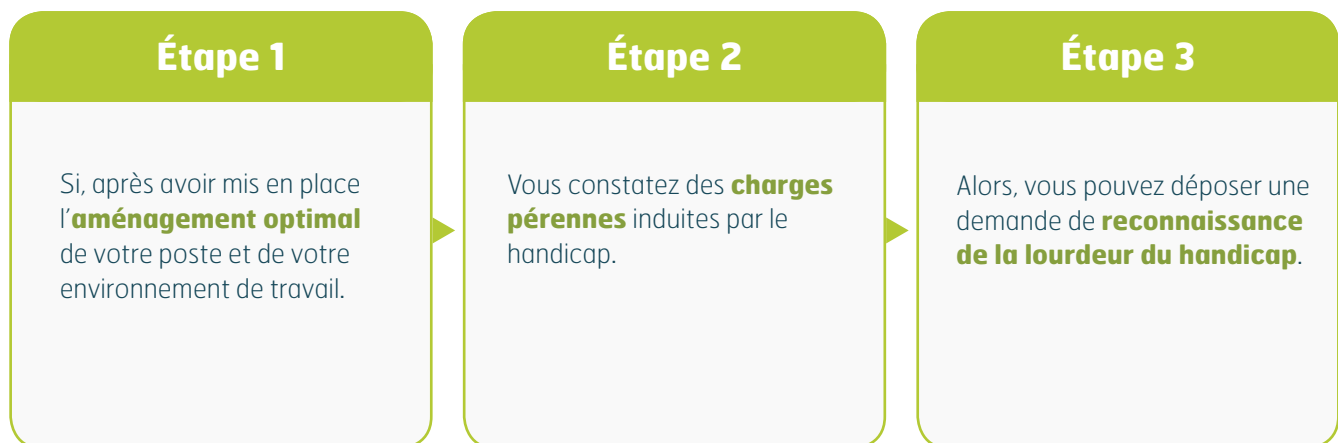
▶ adressée par pli recommandé avec accusé de réception  
à la Délégation Régionale Agefiph du lieu d'exercice de l'activité.

# 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 du poste de travail,
- qui sont supportées de manière permanente par le travailleur non salarié.

*Il est nécessaire que vous ayez mis en place toutes les mesures appropriées afin de tenir votre poste de travail dans les conditions les plus proches de celles d'une personne non handicapée : mise en place de l'aménagement optimal de votre poste et de votre environnement de travail.*



**L'Agefiph vous accompagne dans votre démarche : conseils, accompagnement, aides.**

## Composition de la demande

- Volet A Identification de l'entreprise et engagement du travailleur non salarié.
- Volet B Identification de la personne concernée.
- Volet C Contexte de la demande.
- Volet D Avis médical circonstancié.
- Volet E Informations sur l'aménagement optimal.
- Volet F Déclaration par le travailleur non salarié des charges pérennes induites par le handicap après aménagement optimal.

# Quels sont les justificatifs à fournir? <sup>1</sup>

- 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'entreprise,
- la copie de l'un des **justificatifs de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi** du travailleur non salarié, 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 d'un **justificatif d'immatriculation ou d'inscription** attestant de l'activité de travailleur non salarié, de moins de 3 mois,
- un justificatif des revenus professionnels déclarés du travailleur non salarié, pour la dernière année écoulée :
  - en cas d'imposition sur le revenu : la copie de la dernière **déclaration de revenus professionnels** (formulaire 2042C : déclaration complémentaire d'impôt sur le revenu),
  - ou, en cas d'imposition sur les sociétés : une **attestation comptable précisant le montant des dernières rémunérations nettes** versées au travailleur non salarié, ainsi que le dernier montant perçu au titre des actions/parts sociales et revenus assimilés distribués, déclarés sur le formulaire 2065 (déclaration d'impôt sur les sociétés),
- la copie des **justificatifs** des aménagements réalisés du poste et de l'environnement de travail de la personne handicapée concernée (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...)<sup>2</sup>,
- la copie des **justificatifs** des coûts supportés par le travailleur non salarié 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 (compte professionnel).

**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.

2. 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 celui-ci s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande ou de la demande de révision.

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.

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

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 :

## ➤ Engagement du travailleur non salarié

Je soussigné(e),   
 agissant en qualité de travailleur non salarié dans 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 mon activité n'est pas terminée ou suspendue, **au jour du dépôt de la demande**,
- 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.

Fait à  Date ..... / ..... / .....

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

Signature du travailleur non salarié et cachet professionnel  
 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   |

### 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<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

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

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

Date de démarrage de l'activité

Intitulé du poste de travail

### Temps de travail :

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

### Revenu :

Revenu annuel\*

\* Montant des derniers revenus professionnels annuels non-salariés déclarés.

Revenu horaire\*

\* Montant des derniers revenus professionnels annuels non-salariés déclarés / durée annuelle de travail dans la limite de la durée légale.

## 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 de la personne concernée

*Veillez décrire de manière détaillée le poste (tâches, organisations du travail...) 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 la personne concernée 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 + charges patronales / 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 + charges patronales / 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**

Nom

Prénom

Adresse postale

Code postal

Ville

Téléphone

**Entreprise**

Raison sociale

Adresse postale

Code postal

Ville

**Personne concernée**

Nom d'usage

Prénom

Intitulé du poste

Date de la dernière visite médicale

Date de l'étude de poste (le cas échéant)

**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

Personne concernée

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

Fait à  Date ..... / ..... / .....

Signature et cachet du Médecin



## ➤ Aménagement optimal réalisé (ou prévu<sup>1</sup>) 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 celui-ci s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande ou de la demande de révision.

**Formulaire de demande de RLH  
Intégral / TNS**

# ➤ Déclaration par le travailleur non salarié des charges mensuelles pérennes<sup>1</sup> induites par le handicap après aménagement optimal

Description des tâches réalisées par la personne concernée (y compris 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
		Temps passé sur cette tâche en heures mensuelles	Perte de productivité (non compensée par l'intervention d'un tiers) en heures mensuelles	Aide d'un tiers réalisée en heures mensuelles		
Tâches réalisées (découpage de l'activité en 5 grandes tâches maximum)	Description de la tâche et de la difficulté/contrainte éventuellement rencontrée					Montants mensuels des dépenses
				<b>ou</b>		
				<b>ou</b>		
				<b>ou</b>		
				<b>ou</b>		
				<b>ou</b>		
				<b>ou</b>		
		<b>Total</b> (doit être égal à la durée mensuelle de travail dans la limite de la durée légale)	<b>Total</b>		<b>Total</b>	<b>Total</b>

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

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