



Année
2019



Adresse à laquelle vous devez retourner le formulaire

AGEFIPH DOETH ET CONTRIBUTION

TSA 40010
92226 BAGNEUX CEDEX

0 800 11 10 09
coût d'un appel local depuis un poste fixe

DÉCLARATION ANNUELLE OBLIGATOIRE D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS, DES MUTILÉS DE GUERRE ET ASSIMILÉS

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019
(Cinquième partie, Livre II, titre I^{er}, chapitre II du Code du travail)

Date limite d'envoi : 01^{er} mars 2020

I. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

I.1. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT :

N°SIRET au 01-01-2019:

Code APE :

Votre siret a changé au cours de l'année 2019 :
merci de renseigner l'ancien au 01/01/2019
et le nouveau au 31/12/2019

Si votre établissement a l'autonomie de gestion du personnel,
votre déclaration inclut-elle les effectifs d'autre(s) établissement(s)
n'ayant pas cette autonomie de gestion ? Oui Non

Si votre établissement n'a pas l'autonomie de gestion, indiquez le SIRET sous
lequel son effectif est intégré :

Dans ce dernier cas, le remplissage de la déclaration s'achève. Vous devez la signer
en page 4 et la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page.

Si les informations préimprimées à gauche sont inexactes, vous devez les corriger
ici et indiquer le motif en cochant la case correspondant à votre situation :

N°SIRET au 31-12-2019 :

Code APE :

Enseigne :

Raison sociale

BP :

N° Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

Motif de la correction :

VENTE D'ÉTABLISSEMENT DÉMÉNAGEMENT

ACHAT D'ÉTABLISSEMENT ADRESSE INCOMPLÈTE

FUSION D'ÉTABLISSEMENTS INFORMATIONS ERRONÉES

CHANGEMENT DE STATUT LIQUIDATION JUDICIAIRE

I.2. ADRESSE D'ENVOI DU FORMULAIRE DE DÉCLARATION :

Le formulaire vous a été envoyé à l'adresse préimprimée figurant à droite. Si vous souhaitez qu'il soit envoyé à une autre adresse, par exemple à un autre
établissement de votre société, utilisez cette colonne ci-dessous :

N° Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

A l'attention de M. ou Mme

I.3. INFORMATIONS GÉNÉRALES :

Indiquez les coordonnées de la personne à contacter pour toutes informations complémentaires :

Nom : Prénom : Téléphone :

Courriel :

II. L'ASSUJETTISSEMENT A L'OBLIGATION D'EMPLOI

1. Si votre établissement a moins de 20 salariés au 31 décembre 2019, cocher la case OUI indiquez l'effectif de celui-ci: sinon cocher NON
(le nombre de salariés en CDI est apprécié à cette date ; les autres salariés sont calculés au prorata de leurs présence même s'ils ne font plus partie
de l'effectif au 31 décembre). Ne pas indiquer l'effectif dans cette case s'il est supérieur ou égal à 20 salariés.

2. L'établissement a-t-il fermé définitivement avant le 31 décembre 2019 ? OUI Si oui, indiquez la date : NON

→ Si vous avez coché OUI aux cas 1 ou 2, l'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'emploi en 2019. Le remplissage de la déclaration s'achève.
Vous devez la signer en page 4 avant de la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1. Sinon, poursuivez ci-dessous son remplissage :

3. L'établissement a-t-il été créé en 2017 2018 2019

4. L'établissement a-t-il passé pour la première fois le seuil des 20 salariés en 2017 2018 2019

→ Si vous avez coché une des cases aux cas 3 ou 4, l'établissement n'est pas assujéti en 2019. Vous devez obligatoirement déclarer l'effectif (III) en
page 2 et répondre aux questions IV. 1, IV.2 et IV.4 avant de signer ce formulaire en page 4 et de le renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1.
Si vous avez répondu NON, continuez le remplissage de la déclaration page suivante en III.

V. MODALITÉS DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION ET VERSEMENT (suite)

V.4. CALCUL DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION AVANT DÉPENSES DÉDUCTIBLES

Le calcul de la contribution dépend du % d'ECAP de votre établissement. Appliquez la formule correspondant à la situation de votre établissement :

➔ Si le % d'ECAP (H) est égal à 0, appliquez la formule suivante et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.5 :

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{} \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2019} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

➔ Si le % d'ECAP (H) est > à 0 et < 80 appliquez les formules suivantes et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.5 :

1. Calculez le coefficient de minoration au titre de la part des emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières (ECAP) :

$$1 - (1,3 \times \boxed{}, \boxed{} \%) = \boxed{}, \boxed{} \text{ H1}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

2. Calculez le nombre de bénéficiaires manquants minoré au titre de la part des ECAP :

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{}, \boxed{} = \boxed{}, \boxed{} \text{ H2}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

3. Calculez le montant de la contribution :

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{} \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2019} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

ATTENTION : le montant de votre contribution avant dépenses déductibles ne peut être inférieur à 50 SMIC horaire, notamment si vous avez un nombre de bénéficiaires manquants minoré au titre de la part des ECAP égal à 0. Pour le vérifier, appliquez la formule de la "contribution plancher" :

$$\boxed{}, \boxed{} \times 50 \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2019} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

Si L est supérieur à K, le montant de votre contribution avant dépenses déductibles est le résultat obtenu en L.

➔ Si le % d'ECAP (H) est > ou = à 80, appliquez la formule suivante et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.5 :

$$\boxed{}, \boxed{} \times 40 \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2019} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

V.5. DÉPENSES DÉDUCTIBLES (ne pas renseigner en cas d'accord)

Si votre établissement ne relève pas d'un accord agréé en faveur de travailleurs handicapés, et s'il a effectué en 2019 des dépenses déductibles, additionnez le montant total obtenu de la « Liste des dépenses déductibles » ci-jointe, dans la limite de 10 % du montant de la contribution avant dépenses déductibles (calculé en J, K, L ou M selon la situation de l'établissement) Poursuivez ensuite en V.6. Sinon, indiquez O en N et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.6.

$$\boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(plafonné à 10% du montant obtenu en J, K, L ou M)

V.6. MONTANT DE LA CONTRIBUTION APRES DÉPENSES DÉDUCTIBLES

Pour calculer le montant de votre contribution après dépenses déductibles, appliquez la formule suivante :

$$\boxed{}, \boxed{} \text{ €} - \boxed{}, \boxed{} \text{ €} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

Modalités de versement de la contribution :

Chèque N°		Virement Bancaire
RIB . IBAN AGEFIPH / CREDIT DU NORD		
30076 02352 10924600200 clé 77	Code IBAN : FR76 3007 6023 5210 9246 0020 077	Adresse BIC : NORD FRPP
Pour tout règlement par virement merci de respecter le format du libellé: SIRET + désignation des 14 caractères + ANNEE + désignation des 4 caractères de l'année soit un libellé de 28 caractères minimum		

Le remplissage de la déclaration s'achève. Signez la déclaration au bas de cette page et envoyez-la à l'adresse indiquée en haut de page 1. Vous n'avez pas de pièces justificatives à envoyer avec votre déclaration ; vous devez néanmoins conserver ces pièces pendant 5 ans, l'autorité compétente (AGEFIPH, DIRECCTE ou DIECCTE) étant susceptible de vous les demander à des fins de contrôle. Si vous ne relevez pas d'un accord agréé en faveur des travailleurs handicapés, votre contribution doit être versée à l'AGEFIPH avant le 1^{er} mars 2020 (voir modalités du versement en page 8 de la notice explicative). Si vous relevez d'un accord de branche, votre contribution doit être versée aux associations listées sur la notice explicative page 8.

Date de la déclaration :

Signature de la personne responsable :
(Obligatoire)

Nom de la personne responsable (Obligatoire)

Téléphone de la personne responsable (Obligatoire)