

LISTE NOMINATIVE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2017



N° SIRET au 31-12-2017 :

N° : Rue ou lieu-dit :

Raison sociale :

Code postal: Commune :

Vous devez déclarer dans cette liste tous les salariés appartenant à l'une des catégories de bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (voir la liste des catégories de bénéficiaires en page 2 de la notice explicative) employés par l'établissement en 2017. Vous pouvez utiliser autant de listes supplémentaires que nécessaires si votre établissement emploie de nombreux bénéficiaires.

Doivent être recensés dans la présente liste :

- Tous les salariés handicapés de l'établissement ayant été présents en 2017, quels que soient la nature de leur contrat de travail, leur temps et leur période de travail, y compris les remplaçants de salariés (absents) dont le contrat de travail a été suspendu, et les titulaires d'un contrat aidé.
- Les salariés bénéficiaires sous contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure.

Les modalités de prise en compte des bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont détaillées en page 3 de la notice explicative.

Doivent être exclus de la présente liste :

- Les salariés handicapés mis à disposition par une entreprise adaptée (EA), un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou un service d'aide par le travail (ESAT). Ils doivent être décomptés en **IV.2** du formulaire principal (page 2).
- Les personnes handicapées accueillies en stage ou en PMSMP par l'établissement. Elles doivent être prises en compte en **IV.3** du formulaire principal (page 2)

1 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2017

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case :

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2017 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2017 ? Oui Non

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : ,

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

***Autres catégories :**

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

Date de début de pension :

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, **avez-vous opté pour la minoration de la contribution** ? Oui Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1an 3ans déf.

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant embauche ? Oui Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ? Oui Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ESAT CDTD

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par le CDAPH

RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité (carte d'invalidité) : , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou pension d'invalidité

AT-MP pension d'invalidité

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP : , %
(minimum 10% et non cumulable)

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (pension d'invalidité) : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème}

Contrat de travail (Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

CDI
 CDD
 Intérim
 Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année : X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance....) X

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

LISTES DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2017 (SUITE)

2 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2017

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case :

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2017 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2017 ? Oui Non

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : ,

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par le CDAPH

RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité (carte d'invalidité) : , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou pension d'invalidité

AT-MP pension d'invalidité

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP : , %
(minimum 10% et non cumulable)

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (pension d'invalidité) : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème}

Report de résultat , obtenu en bas de page précédente ,

*Autres catégories :

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

Date de début de pension :

La lourdeur du handicap a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous opté pour la minoration de la contribution ? Oui Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1an 3ans déf.

S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant embauche ? Oui Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ? Oui Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ESAT CDTD

Contrat de travail (Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

CDI

CDD

Intérim

Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année :..... X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance....) X

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

3 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2017

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case :

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2017 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2017 ? Oui Non

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : ,

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par le CDAPH

RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité (carte d'invalidité) : , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou pension d'invalidité

AT-MP pension d'invalidité

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP : , %
(minimum 10% et non cumulable)

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (pension d'invalidité) : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème}

*Autres catégories :

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

Date de début de pension :

La lourdeur du handicap a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous opté pour la minoration de la contribution ? Oui Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1an 3ans déf.

S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant embauche ? Oui Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ? Oui Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ESAT CDTD

Contrat de travail (Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

CDI

CDD

Intérim

Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année :..... X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance....) X

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

LISTES DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2017 (SUITE)

4 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2017

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case :

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2017 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2017 ? Oui Non

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : ,

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par le CDAPH

RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité (carte d'invalidité) : , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou pension d'invalidité

AT-MP pension d'invalidité

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP : , %
(minimum 10% et non cumulable)

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (pension d'invalidité) : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème}

5 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2017

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case :

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2017 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2017 ? Oui Non

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : ,

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par le CDAPH

RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité (carte d'invalidité) : , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou pension d'invalidité

AT-MP pension d'invalidité

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP : , %
(minimum 10% et non cumulable)

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (pension d'invalidité) : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème}

Report de résultat , obtenu en bas de page précédente ,

*Autres catégories :

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

Date de début de pension :

La lourdeur du handicap a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous opté pour la minoration de la contribution ? Oui Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1an 3ans déf.

S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant embauche ? Oui Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ? Oui Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ESAT CDTD

Contrat de travail (Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

CDI
 CDD
 Intérim
 Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année :..... X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance....) X

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

*Autres catégories :

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

Date de début de pension :

La lourdeur du handicap a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous opté pour la minoration de la contribution ? Oui Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1an 3ans déf.

S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant embauche ? Oui Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ? Oui Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ESAT CDTD

Contrat de travail (Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

CDI
 CDD
 Intérim
 Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année :..... X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance....) X

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

LISTES DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2017 (SUITE)

6 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2017

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case :

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2017 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2017 ? Oui Non

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : ,

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par le CDAPH

RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité (carte d'invalidité) : , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou pension d'invalidité

AT-MP pension d'invalidité

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP : , %
(minimum 10% et non cumulable)

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (pension d'invalidité) : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème}

Report de résultat , obtenu en bas de page précédente ,

*Autres catégories :

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

Date de début de pension :

La lourdeur du handicap a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous opté pour la minoration de la contribution ? Oui Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1an 3ans déf.

S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant embauche ? Oui Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ? Oui Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ESAT CDTD

Contrat de travail (Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

CDI

CDD

Intérim

Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année :..... X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance....) X

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

7 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2017

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case :

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2017 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2017 ? Oui Non

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : ,

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par le CDAPH

RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité (carte d'invalidité) : , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou pension d'invalidité

AT-MP pension d'invalidité

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP : , %
(minimum 10% et non cumulable)

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (pension d'invalidité) : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème}

*Autres catégories :

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

Date de début de pension :

La lourdeur du handicap a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous opté pour la minoration de la contribution ? Oui Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1an 3ans déf.

S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant embauche ? Oui Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ? Oui Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ESAT CDTD

Contrat de travail (Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

CDI

CDD

Intérim

Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année :..... X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance....) X

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,