Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

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

cerfa
N° 11391 * 14

LISTE NOMINATIVE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2012

agefiph
ouvrir l'emploi aux personnes handicapées

N° SIRET au 31-12-2012 : _____ 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 2012.
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 2012, 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 établissement ou 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 par l'établissement. Elles doivent être prises en compte en **IV.3** du formulaire principal (page 2).

1 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2012

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 2012 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ : __ __ ____

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2012 ? 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 la CDAPH**

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

Date de début de validité : __ __ ____

Date de fin de validité : __ __ ____

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité et AAH) __,__ %

*** Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT–MP ☐ **Invalide pensionné** ☐

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

Date **de début de validité** : __ __ ____

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1er ☐ 2ème ☐ 3ème ☐

*** 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 la DIRECCTE ou DIECCTE ou AGEFIPH (jusqu'au 30 juin 2011 : décision prise par l'UT, à compter du 1er juillet 2011:décision prise 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 : 1 an ☐ 3 ans ☐

S'agit-il dun **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'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) : ..... __,__ X

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) : __,__ =

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

112426

LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2012 *(suite)*

Report du résultat obtenu en bas de page précédente ____ , ___

2 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2012

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 2012 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ : __ __ ____

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2012 ? 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 la CDAPH**

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

Date de début de validité : __ __ ____

Date de fin de validité : __ __ ____

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité et AAH) __ , __ %

*** Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT–MP ☐ **Invalide pensionné** ☐

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

Date **de début de validité** : __ __ ____

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1er ☐ 2ème ☐ 3ème ☐

*** 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 la DIRECCTE ou DIECCTE ou AGEFIPH (jusqu'au 30 juin 2011: décision prise par l'UT, à compter du 1er juillet 2011: décision prise 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 : 1 an ☐ 3 ans ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'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) : ..... __ , __ X

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) : __ , __ =

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

3 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2012

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 2012 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ : __ __ ____

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2012 ? 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 la CDAPH**

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

Date de début de validité : __ __ ____

Date de fin de validité : __ __ ____

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité et AAH) __ , __ %

*** Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT–MP ☐ **Invalide pensionné** ☐

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

Date **de début de validité** : __ __ ____

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1er ☐ 2ème ☐ 3ème ☐

*** 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 la DIRECCTE ou DIECCTE ou AGEFIPH (jusqu'au 30 juin 2011: décision prise par l'UT, à compter du 1er juillet 2011: décision prise 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 : 1 an ☐ 3 ans ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'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) : ..... __ , __ X

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) : __ , __ =

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

Additionnez les résultats obtenus pour les salariés bénéficiaires déclarés ..... ____ , ___

(à reporter en haut de page suivante si vous avez employé d'autres bénéficiaires)

LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2012 *(suite)*

Report du résultat obtenu en bas de page précédente ____ , __

4 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2012

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 2012 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ : __ __ ____

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2012 ? 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 la CDAPH**

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

Date de début de validité : __ __ ____

Date de fin de validité : __ __ ____

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité et AAH) __ , __ %

*** Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT–MP ☐ **Invalide pensionné** ☐

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

Date **de début de validité** : __ __ ____

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1er ☐ 2ème ☐ 3ème ☐

*** 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 la DIRECCTE ou DIECCTE ou AGEFIPH (jusqu'au 30 juin 2011: décision prise par l'UT, à compter du 1er juillet 2011: décision prise 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 : 1 an ☐ 3 ans ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'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) : ..... __ , __ X

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) : __ , __ =

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

5 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2012

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 2012 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ : __ __ ____

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2012 ? 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 la CDAPH**

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

Date de début de validité : __ __ ____

Date de fin de validité : __ __ ____

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité et AAH) __ , __ %

*** Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT–MP ☐ **Invalide pensionné** ☐

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

Date **de début de validité** : __ __ ____

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1er ☐ 2ème ☐ 3ème ☐

*** 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 la DIRECCTE ou DIECCTE ou AGEFIPH (jusqu'au 30 juin 2011: décision prise par l'UT, à compter du 1er juillet 2011: décision prise 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 : 1 an ☐ 3 ans ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'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) : ..... __ , __ X

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) : __ , __ =

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

Additionnez les résultats obtenus pour les salariés bénéficiaires déclarés ..... ____ , __

(à reporter en haut de page suivante si vous avez employé d'autres bénéficiaires)

LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2012 *(suite)*

Report du résultat obtenu en bas de page précédente ____ , __

6 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2012

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 2012 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ : __ __ ____

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2012 ? 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 la CDAPH**

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

Date de début de validité : __ __ ____

Date de fin de validité : __ __ ____

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité et AAH) __ , __ %

*** Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT–MP ☐ **Invalide pensionné** ☐

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

Date **de début de validité** : __ __ ____

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1er ☐ 2ème ☐ 3ème ☐

*** 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 la DIRECCTE ou DIECCTE ou AGEFIPH (jusqu'au 30 juin 2011: décision prise par l'UT, à compter du 1er juillet 2011: décision prise 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 : 1 an ☐ 3 ans ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'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) : ..... __ , __ X

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) : __ , __ =

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

7 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2012

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 2012 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ : __ __ ____

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2012 ? 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 la CDAPH**

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

Date de début de validité : __ __ ____

Date de fin de validité : __ __ ____

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité et AAH) __ , __ %

*** Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT–MP ☐ **Invalide pensionné** ☐

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

Date **de début de validité** : __ __ ____

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1er ☐ 2ème ☐ 3ème ☐

*** 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 la DIRECCTE ou DIECCTE ou AGEFIPH (jusqu'au 30 juin 2011: décision prise par l'UT, à compter du 1er juillet 2011: décision prise 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 : 1 an ☐ 3 ans ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'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) : ..... __ , __ X

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) : __ , __ =

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

Additionnez les résultats obtenus pour les salariés bénéficiaires déclarés ..... ____ , __

(à reporter en haut de page suivante si vous avez employé d'autres bénéficiaires)