

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

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

Arrêté du 2 février 2016 relatif aux modèles de formulaire de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap, aux modalités de calcul mentionnées à l'article R. 5213-45 du code du travail et au montant annuel de l'aide à l'emploi mentionné à l'article R. 5213-49 du même code

NOR : ETS1528180A

La ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion,

Vu le code du travail,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – La demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap prévue à l'article R. 5213-42 du code du travail doit être présentée par l'employeur au moyen du formulaire dont le modèle figure en annexe 1 du présent arrêté.

Art. 2. – La demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap prévue à l'article R. 5213-44 du même code doit être présentée par le travailleur non salarié au moyen du formulaire dont le modèle figure en annexe 2 du présent arrêté.

Art. 3. – La demande de renouvellement simplifiée prévue à l'article R. 5213-47 du même code, déposée par un employeur, doit être présentée au moyen du formulaire dont le modèle figure en annexe 3 du présent arrêté.

Art. 4. – La demande de renouvellement simplifiée prévue à l'article R. 5213-47 du même code, déposée par un travailleur non salarié, doit être présentée au moyen du formulaire dont le modèle figure en annexe 4 du présent arrêté.

Art. 5. – La demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap déposée au titre du deuxième alinéa de l'article R. 5213-46-2 du même code doit être présentée au moyen du formulaire dont le modèle figure en annexe 5 du présent arrêté.

Art. 6. – Les demandes présentées au moyen des formulaires visés aux articles 1^{er}, 2, 3, 4 et 5 du présent arrêté ainsi que l'éventuelle option pour la modulation de la contribution prévue à l'article R. 5213-51 du même code sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à l'association mentionnée à l'article L. 5214-1 du même code.

Art. 7. – Pour déterminer le montant annuel des charges pérennes induites par le handicap, en application du premier alinéa de l'article R. 5213-45 du code du travail, l'association mentionnée à l'article L. 5214-1 du même code comptabilise, sur une base mensuelle, sur chaque tâche occupée par le travailleur handicapé :

1° Les charges liées à la perte de productivité valorisée en fonction du salaire horaire brut chargé du travailleur handicapé ou du revenu horaire du travailleur non salarié ; ou

2° Les charges liées à l'aide d'un tiers valorisées en fonction du salaire horaire brut chargé ou du revenu horaire du tiers aidant ; et/ou

3° Les charges liées à l'accompagnement renforcé par un tuteur valorisées en fonction du salaire horaire brut chargé ou du revenu horaire du tuteur ;

et/ou

4° Les autres charges pérennes.

Le montant total de ces charges mensuelles est ensuite multiplié par 12.

Art. 8. – Dans le cas où les charges mentionnées aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article 7 se réfèrent au revenu d'un travailleur non salarié, et que ce revenu est inférieur au salaire minimum de croissance, ces charges sont valorisées en fonction du salaire minimum de croissance.

Art. 9. – Le montant annuel de l'aide à l'emploi octroyée aux employeurs et aux travailleurs non salariés en application de l'article R. 5213-49 du même code est fixé, par poste de travail occupé à temps plein, à 550 fois le taux horaire du salaire minimum de croissance.

Art. 10. – Le montant annuel majoré de l'aide à l'emploi octroyée aux employeurs et aux travailleurs non salariés en application de l'article R. 5213-49 du même code est fixé, par poste de travail occupé à temps plein, à 1 095 fois le taux horaire du salaire minimum de croissance.

Art. 11. – Cette aide est versée trimestriellement, au prorata du temps de travail effectif, au moyen d'un bordereau déclaratif transmis par l'association mentionnée à l'article L. 5214-1 du même code et complété par l'employeur ou le travailleur non salarié.

Art. 12. – Chaque année, l'employeur adresse le bulletin de salaire du mois de décembre du bénéficiaire et le travailleur non salarié adresse la déclaration annuelle des revenus professionnels à l'association mentionnée à l'article L. 5214-1 du même code.

Art. 13. – L'arrêté du 9 février 2006 fixant le montant annuel de l'aide à l'emploi mentionnée à l'article R. 323-125 du code du travail et l'arrêté du 19 juillet 2012 relatif au modèle de formulaire de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap sont abrogés.

Art. 14. – Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2016.

Art. 15. – La ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 2 février 2016.

*La ministre du travail, de l'emploi,
de la formation professionnelle
et du dialogue social,*
MYRIAM EL KHOMRI

*La secrétaire d'Etat
chargée des personnes handicapées
et de la lutte contre l'exclusion,*
SÉGOLÈNE NEUVILLE

ANNEXES

ANNEXE 1



Cadre réservé à l'Agefiph

N°

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

Dossier également disponible sur www.agefiph.fr en version saisissable.

À qui adresser ce dossier ?

Ce dossier doit être adressé par pli recommandé avec accusé de réception à la Délégation Agefiph dont dépend l'établissement employeur du salarié concerné.

Quels sont les partenaires de l'Agefiph qui peuvent vous aider dans votre démarche ?

vous conseille et vous accompagne pour faciliter le recrutement et l'intégration des personnes handicapées.

vous conseille et vous accompagne pour faciliter le maintien dans l'emploi de personnes devenues handicapées ou dont le handicap s'aggrave.

Formulaire de demande de RLH



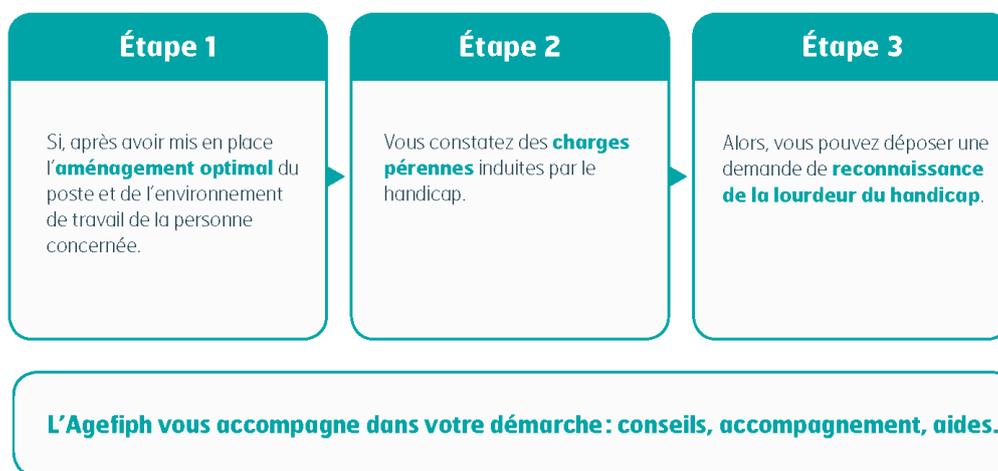
plus d'infos sur www.agefiph.fr

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 de celui-ci,
- qui sont supportées de manière permanente par l'employeur.

Tout employeur a l'obligation de mettre en place les mesures appropriées afin qu'un salarié handicapé puisse travailler dans les mêmes conditions que ses collègues.



Composition du dossier

Volet A	Identification et engagement de l'employeur.
Volet B	Identification et information du salarié.
Volet C	Contexte de la demande.
Volet D	Avis circonstancié du médecin du travail.
Volet E	Informations sur l'aménagement optimal.
Volet F	Déclaration par l'employeur des charges pérennes induites par le handicap après aménagement optimal.

Formulaire de demande de RLH

Quels sont les justificatifs à fournir ?

- 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,
- la copie de la plus récente **fiche d'aptitude médicale** établie par le médecin du travail, de la personne handicapée concernée,
- la copie du **contrat de travail** de la personne handicapée concernée et, le cas échéant, du ou des avenants à ce contrat,
- la copie du plus récent **bulletin de salaire** de la personne handicapée concernée,
- la copie des **justificatifs** des coûts supportés par l'employeur dans le cadre de l'aménagement optimal du poste et de l'environnement de travail de la personne handicapée concernée (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...)¹,
- la copie des **justificatifs** des coûts supportés par l'employeur 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.

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 l'employeur 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

➤ Identification de l'employeur

Volet A

Raison sociale

Enseigne commerciale

Siret Adresse postale Code postal Ville Première demande Renouvellement Demande de révisionEn cas de renouvellement ou de demande de révision
préciser la date d'échéance de la précédente décision : / /

Représentant légal de l'entreprise :

 M Mme Nom Prénom Qualité Téléphone Tél. mobile Adresse mail Adresse postale Code postal Ville

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 Entreprise adaptée ou CDTD ESAT Structure d'insertion par l'activité économique Entreprise de travail temporaire (hors intérim d'insertion) Auto-entrepreneur Autre, préciser : Code NAF 2008

Personne à contacter dans l'entreprise (si différente) :

 M Mme Nom Prénom Fonction Téléphone Tél. mobile Adresse mail Adresse postale Code postal Ville

Effectifs de l'établissement

Effectif salarié de l'établissement au 31/12 Effectif TH de l'établissement au 31/12 Établissement assujéti à l'obligation d'emploi au 31/12 dernier ?
(article L5212-2 du code du travail) Oui NonSi oui préciser : l'effectif d'assujettissement correspondant

➤ Engagement de l'employeur

Je soussigné(e), (nom prénom) agissant en qualité de responsable légal de l'entreprise (raison sociale)

- 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 et que son contrat de travail n'est pas suspendu²
 - n'est pas en période de préavis
- Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans le dossier de 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 le présent dossier, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes³.
- 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 3 ans à compter de la fin des droits.
- Reconnaît 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 reconnaissance de la lourdeur du handicap.

2. Le contrat de travail est suspendu dans les cas suivants : arrêt de travail, congé sabbatique, Congé Individuel de Formation (CIF).

3. Les informations communiquées dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique ayant été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté sous le numéro 1596326. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adresserez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).

Fait à

Date / /

Signature du représentant légal de l'entreprise
et cachet de l'établissement

Formulaire de demande de RLH

➤ Identification du salarié

Volet B

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 :

- Handicap moteur Maladie invalidante
 Handicap visuel Handicap auditif
 Handicap mental Handicap psychique
 Multihandicaps

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 d'invalidité
 Autre catégorie (notification de pension de guerre et assimilés...)
 Cocher si le justificatif atteste d'un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente d'au moins 80%

Dates de validité du justificatif :

- Début [][] [][] [][][][]
 Fin [][] [][] [][][][] ou attribué à titre définitif
 Cocher si vous avez fourni un justificatif d'attente du renouvellement d'un des justificatifs mentionnés ci-dessus.

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

Type de contrat de travail :

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

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 chargé / durée mensuelle de travail mentionnée au contrat.

➤ Information du salarié

Je soussigné(e), (nom prénom) _____

salarié(e) de l'entreprise (raison sociale) _____

déclare avoir été informé(e) par mon employeur du dépôt d'une demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap auprès de la Délégation Agefiph, qu'il sollicite en vue de bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance.

Fait à _____ Date / /

Signature du ou de la salarié(e)

Contexte de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

Volet C

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 du salarié concerné

Veillez décrire de manière détaillée le poste 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 le salarié 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 chargé / 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 chargé / 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.

Formulaire de demande de RLH

➤ Avis circonstancié du médecin du travail

Volet D

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)*

➤ Avis circonstancié du médecin du travail (suite)**Volet D****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

Aménagement optimal réalisé (ou prévu¹) 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'invalité 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 l'employeur s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande ou de la demande de révision.

Volet E

Formulaire de demande de RLH

Volet F

➤ Déclaration par l'employeur des charges mensuelles pérennes¹ induites par le handicap après aménagement optimal

Description des tâches réalisées par la personne concernée (même 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
		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			Tutorat en heures mensuelles	Montants mensuels des dépenses
			ou		
		Total (doit être égal à la durée mensuelle de travail mentionnée au contrat)	Total	Total	Total

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

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

Formulaire de demande de RLH

ANNEXE 2



Cadre réservé à l'Agefiph

N°

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

Dossier également disponible sur www.agefiph.fr en version saisissable.

À qui adresser ce dossier?

Ce dossier doit être adressé par pli recommandé avec accusé de réception à la Délégation Agefiph du lieu d'exercice de l'activité.

Quels sont les partenaires de l'Agefiph qui peuvent vous aider dans votre démarche?

The logo for capemploi consists of the word "cap" in red and "emploi" in black, both in a lowercase sans-serif font.

vous conseille et vous accompagne pour faciliter le recrutement et l'intégration des personnes handicapées.

The logo for sameth consists of the word "sameth" in a lowercase sans-serif font, with "sam" in green and "eth" in blue.

vous conseille et vous accompagne pour faciliter le maintien dans l'emploi de personnes devenues handicapées ou dont le handicap s'aggrave.

Formulaire de demande de RLH

The N°Vert logo features a green telephone handset icon inside a white circle, followed by the text "N°Vert" in white on a green background, and the number "0 800 11 10 09" in white on a green background.

DE 9H00 A 18H00 - APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

A row of seven circular icons representing various types of disabilities: hearing, vision, mental, physical, and communication.

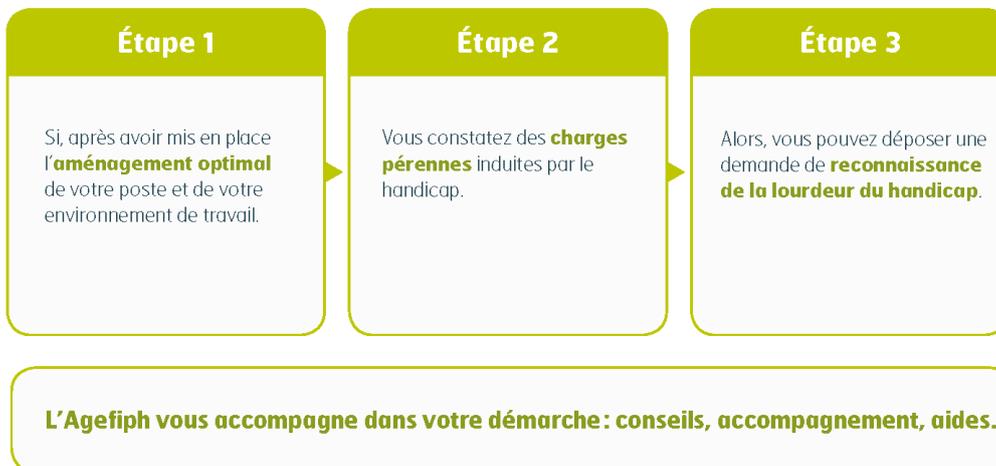
plus d'infos sur www.agefiph.fr

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 de celui-ci,
- 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.



Composition du dossier

- 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.

Formulaire de demande de RLH

Quels sont les justificatifs à fournir ?

- 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,
- 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 coûts supportés par le travailleur non salarié dans le cadre de l'aménagement optimal de son poste et de son environnement de travail (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...) ¹,
- 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).

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.

➤ Identification de l'entreprise

Volet A

Raison sociale _____
 Enseigne commerciale _____
 Siret
 Adresse postale _____
 Code postal
 Ville _____

Première demande Renouvellement
 Demande de révision

En cas de renouvellement ou de demande de révision
 préciser la date d'échéance de la précédente décision : / /

Représentant légal de l'entreprise :

M Mme Nom _____
 Prénom _____
 Qualité _____
 Téléphone _____
 Tél. mobile _____
 Adresse mail _____
 Adresse postale _____
 Code postal
 Ville _____

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
 Entreprise adaptée ou CDTD
 ESAT
 Structure d'insertion par l'activité économique
 Entreprise de travail temporaire (hors intérim d'insertion)
 Auto-entrepreneur

Autre, préciser : _____

Code NAF 2008

Personne à contacter dans l'entreprise (si différente) :

M Mme Nom _____
 Prénom _____
 Fonction _____
 Téléphone _____
 Tél. mobile _____
 Adresse mail _____
 Adresse postale _____
 Code postal
 Ville _____

Effectifs de l'établissement

Effectif salarié de l'établissement au 31/12 _____

Effectif TH de l'établissement au 31/12 _____

➤ Engagement du travailleur non salarié

Je soussigné(e), _____ (nom prénom)

agissant en qualité de travailleur non salarié dans l'entreprise _____ (raison sociale)

- 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 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 le dossier de 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 le présent dossier, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes².
- 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 3 ans à compter de la fin des droits.
- Reconnaît être informé(e) de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

Fait à _____ Date / /

Signature du travailleur non salarié et cachet professionnel

Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

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

2. Les informations communiquées dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique ayant été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté sous le numéro 1596326. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adresserez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).

Formulaire de demande de RLH

➤ Identification de la personne concernée

Volet B

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 :

- Handicap moteur Maladie invalidante
 Handicap visuel Handicap auditif
 Handicap mental Handicap psychique
 Multihandicaps

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 d'invalidité
 Autre catégorie (notification de pension de guerre et assimilés...)
- Cocher si le justificatif atteste d'un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente d'au moins 80%

Dates de validité du justificatif :

Début

Fin ou attribué à titre définitif

- Cocher si vous avez fourni un justificatif d'attente du renouvellement d'un des justificatifs mentionnés ci-dessus.

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

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.

Contexte de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

Volet C

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 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 chargé / 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 chargé / 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.

Formulaire de demande de RLH

➤ Avis médical circonstancié

Volet D

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)

➤ Avis médical circonstancié (suite)

Volet D

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 prévu¹) 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.

Volet E

Formulaire de demande de RLH

Volet F

➤ Déclaration par le travailleur non salarié des charges mensuelles pérennes¹ induites par le handicap après aménagement optimal

Description des tâches réalisées par la personne concernée (même 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
	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)	Temps passé sur cette tâche en heures mensuelles		Tutorat en heures mensuelles	Montants mensuels des dépenses
		ou		
	Total (doit être égal à la durée mensuelle de travail dans la limite de la durée légale)	Total	Total	Total

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.

Formulaire de demande de RLH

ANNEXE 3



Cadre réservé à l'Agefiph
N°

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

Dossier également disponible sur www.agefiph.fr en version saisissable.

À qui adresser ce dossier?

Ce dossier doit être adressé par pli recommandé avec accusé de réception à la Délégation Agefiph dont dépend l'établissement employeur du salarié concerné.

Formulaire simplifié pour renouvellement

Formulaire de demande de RLH



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 (téléchargeable sur www.agefiph.fr et saisissable).

Composition du dossier

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

Quels sont les justificatifs à fournir ?

- 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,
- la copie de la plus récente **fiche d'aptitude médicale** établie par le médecin du travail, de la personne handicapée concernée,
- 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.

➤ Identification de l'employeur

Volet A

Raison sociale

Enseigne commerciale

Siret Adresse postale Code postal Ville

Préciser la date d'échéance de la précédente décision : / /

Représentant légal de l'entreprise :

 M Mme Nom Prénom Qualité Tél. Tél. mobile Adresse mail Adresse postale Code postal Ville

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
- Entreprise adaptée ou CDTD
- ESAT
- Structure d'insertion par l'activité économique
- Entreprise de travail temporaire (hors intérim d'insertion)
- Auto-entrepreneur

 Autre, préciser : Code NAF 2008

Personne à contacter dans l'entreprise (si différente) :

 M Mme Nom Prénom Fonction Tél. Tél. mobile Adresse mail Adresse postale Code postal Ville

Effectifs de l'établissement

Effectif salarié de l'établissement au 31/12 Effectif TH de l'établissement au 31/12 Établissement assujéti à l'obligation d'emploi au 31/12 dernier ?
(article L5212-2 du code du travail) Oui NonSi oui préciser : l'effectif d'assujettissement correspondant

➤ Engagement de l'employeur

Je soussigné(e), (nom prénom) agissant en qualité de responsable légal de l'entreprise (raison sociale)

- 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 et que son contrat de travail n'est pas suspendu²
 - n'est pas en période de préavis
- **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 dans l'aménagement du poste de travail
 - de changement des tâches réalisées ou du temps passé pour chacune d'elles
 - de changement du lieu d'exécution du travail
 - d'évolution des charges supportées du fait du handicap
- Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans le dossier de 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 le présent dossier, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes⁴.
- 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 3 ans à compter de la fin des droits.
- Reconnaît être informé(e) de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

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"

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 (si vous n'avez pas coché toutes les cases), il est nécessaire d'utiliser le formulaire dans sa version intégrale (téléchargeable sur www.agefiph.fr). L'Agefiph se réserve également le droit, en cas de présomption de changement de situation, de demander une version intégrale du dossier. 4. Les informations communiquées dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique ayant été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté sous le numéro 1596326. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adresserez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).

Formulaire de demande de RLH

➤ Identification du salarié

Volet B

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 :

- Handicap moteur Maladie invalidante
 Handicap visuel Handicap auditif
 Handicap mental Handicap psychique
 Multihandicaps

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 d'invalidité
 Autre catégorie (notification de pension de guerre et assimilés...)
 Cocher si le justificatif atteste d'un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente d'au moins 80%

Dates de validité du justificatif :

- Début [][] [][] [][][][]
 Fin [][] [][] [][][][] ou attribué à titre définitif
 Cocher si vous avez fourni un justificatif d'attente du renouvellement d'un des justificatifs mentionnés ci-dessus.

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

Type de contrat de travail :

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

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 chargé / durée mensuelle de travail mentionnée au contrat.

➤ Information du salarié

Je soussigné(e), (nom prénom) _____

salarié(e) de l'entreprise (raison sociale) _____

déclare avoir été informé(e) par mon employeur du dépôt d'une demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap auprès de la Délégation Agefiph, qu'il sollicite en vue de bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance.

Fait à _____ Date / /

Signature du ou de la salarié(e)

➤ Avis circonstancié du médecin du travail

Volet C

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)

➤ Avis circonstancié du médecin du travail (suite)

Volet C

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

ANNEXE 4



Cadre réservé à l'Agefiph
N°

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

Dossier également disponible sur www.agefiph.fr en version saisissable.

À qui adresser ce dossier ?

Ce dossier doit être adressé par pli recommandé avec accusé de réception à la Délégation Agefiph du lieu d'exercice de l'activité.

Formulaire simplifié pour renouvellement

Formulaire de demande de RLH

 **N°Vert** **0 800 11 10 09**
DE 9H00 A 18H00 - APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE


plus d'infos sur www.agefiph.fr

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

Composition du dossier

Volet A	Identification de l'entreprise et engagement du travailleur non salarié.
Volet B	Identification de la personne concernée.
Volet C	Avis médical circonstancié.

Quels sont les justificatifs à fournir ?

- 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,
- 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),
- en cas de changement : le **RIB** (Relevé d'Identité Bancaire) de l'entreprise (compte professionnel).

➤ Identification de la personne concernée

Volet B

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 :

- Handicap moteur Maladie invalidante
 Handicap visuel Handicap auditif
 Handicap mental Handicap psychique
 Multihandicaps

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 d'invalidité
 Autre catégorie (notification de pension de guerre et assimilés...)
 Cocher si le justificatif atteste d'un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente d'au moins 80%

Dates de validité du justificatif :

Début

Fin ou attribué à titre définitif

- Cocher si vous avez fourni un justificatif d'attente du renouvellement d'un des justificatifs mentionnés ci-dessus.

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

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.

➤ Avis médical circonstancié

Volet C

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)

➤ Avis médical circonstancié (suite)

Volet C

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

ANNEXE 5



Cadre réservé à l'Agefiph
N°

Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

d'une personne sortant d'établissement ou service d'aide par le travail (ESAT),
d'entreprise adaptée (EA) ou de centre de distribution de travail à domicile (CDTD)

Dossier également disponible sur www.agefiph.fr en version saisissable.

À qui adresser ce dossier?

Ce dossier doit être adressé par pli recommandé avec accusé de réception à la Délégation Agefiph :

- dont dépend l'établissement employeur du salarié concerné
- ou du lieu d'exercice de l'activité pour un travailleur non salarié

Formulaire de demande de RLH



Attention : ce formulaire n'est destiné qu'aux employeurs ayant embauché une personne sortie d'ESAT, d'EA ou de CDTD depuis moins d'1 an (ou aux travailleurs non-salariés sortis d'ESAT, d'EA ou de CDTD depuis moins d'1 an).
Ce formulaire n'est valable que pour une 1ère demande.

Composition du dossier

Volet A	Identification de l'entreprise et engagement du demandeur.
Volet B	Identification et information de la personne concernée.
Volet C	Attestation de l'entreprise adaptée, de l'ESAT ou du CDTD.

Quels sont les justificatifs à fournir ?

- 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,
- Si la demande concerne une personne salariée :
 - la plus récente **fiche d'aptitude médicale** établie par le médecin du travail, de la personne handicapée concernée,
 - le **contrat de travail** de la personne handicapée concernée et, le cas échéant, du ou des avenants à ce contrat,
- Si la demande concerne un travailleur non salarié :
 - un **justificatif d'immatriculation ou d'inscription** attestant de l'activité de travailleur non salarié, de moins de 3 mois,
- le **RIB** (Relevé d'Identité Bancaire) de l'entreprise (compte professionnel).

➤ Identification de l'entreprise

Volet A

Raison sociale

Enseigne commerciale

Siret

Adresse postale

Code postal

Ville

Représentant légal de l'entreprise :

 M Mme Nom

Prénom

Qualité

Tél. Tél. mobile

Adresse mail

Adresse postale

Code postal

Ville

Personne à contacter dans l'entreprise (si différente) :

 M Mme Nom

Prénom

Fonction

Tél. Tél. mobile

Adresse mail

Adresse postale

Code postal

Ville

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
- Entreprise adaptée ou CDTD
- ESAT
- Structure d'insertion par l'activité économique
- Entreprise de travail temporaire (hors intérim d'insertion)
- Auto-entrepreneur
- Autre, préciser :

Code NAF 2008

Effectifs de l'établissement

Effectif salarié de l'établissement au 31/12 Effectif TH de l'établissement au 31/12 Établissement assujéti à l'obligation d'emploi au 31/12 dernier ?
(article L5212-2 du code du travail) Oui NonSi oui préciser : l'effectif d'assujettissement correspondant

➤ Engagement du demandeur

Je soussigné(e), (nom prénom)

agissant en qualité de **travailleur non salarié ou de responsable légal de l'entreprise** (raison sociale)

- 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 que la personne handicapée concernée est sortie d'établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), d'entreprise adaptée (EA) ou de centre de distribution de travail à domicile (CDDT) depuis moins d'1 an, au jour du dépôt de la demande.
- Certifie sur l'honneur ne pas avoir déjà bénéficié d'une reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH) pour la personne concernée.

Si vous faites la demande de RLH pour vous-même en tant que travailleur non salarié :

- Certifie sur l'honneur que mon activité non salariée n'est pas terminée ou suspendue², au jour du dépôt de la demande.

Si vous faites la demande de RLH en tant qu'un employeur du salarié concerné :

- Certifie sur l'honneur qu'au jour du dépôt de la demande, le salarié concerné par la demande de RLH :
 - est toujours en emploi et que son contrat de travail n'est pas suspendu
 - n'est pas en période de préavis
- M'engage à prendre, conformément à l'article L5213-6 du code du travail, les mesures appropriées pour permettre au salarié concerné d'accéder à un emploi correspondant à ses qualifications et de l'exercer. Cette obligation dépasse les seuls aménagements de poste et des locaux. Il peut également s'agir de sensibiliser le collectif de travail, de mettre en place un accompagnement renforcé par un tuteur ou une aide par un tiers, ou encore d'adapter les horaires et le rythme de travail.

- Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans le dossier de 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 le présent dossier, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées³.
- M'engage à produire toute pièce justificative visant à contrôler sur place ou sur pièces les conditions sur la base desquelles les droits RLH seraient accordés, et ce pour une durée allant jusqu'à 3 ans à compter de la fin des droits.
- Reconnaît être informé de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

Fait à

Date/...../.....

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

1. Les entreprises 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. Les informations communiquées dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique ayant été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté sous le numéro 1596326. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adressez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).

Formulaire de demande de RLH

Identification de la personne concernée

Volet B

 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 :

- Handicap moteur Maladie invalidante
 Handicap visuel Handicap auditif
 Handicap mental Handicap psychique
 Multihandicaps

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 d'invalidité
 Autre catégorie (notification de pension de guerre et assimilés...)
- Cocher si le justificatif atteste d'un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente d'au moins 80%

Dates de validité du justificatif :

Début [][] [][] [][][][]

Fin [][] [][] [][][][] ou attribué à titre définitif

- Cocher si vous avez fourni un justificatif d'attente du renouvellement d'un des justificatifs mentionnés ci-dessus.

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

Intitulé du poste de travail

Si la personne concernée est salariée

Type de contrat de travail :

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

Date d'embauche [][] [][] [][][][]

Date de fin de contrat (le cas échéant) [][] [][] [][][][]

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.

Si la personne concernée est un travailleur non salarié

Date de démarrage de l'activité [][] [][] [][][][]

Temps de travail :

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

Information du salarié (le cas échéant)

Je soussigné(e), (nom prénom) _____

salarié(e) de l'entreprise (raison sociale) _____

déclare avoir été informé(e) par mon employeur du dépôt d'une demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap auprès de la Délégation Agefiph, qu'il sollicite en vue de bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance.

Fait à _____

Date / /

Signature du ou de la salarié(e)

➤ Attestation de l'entreprise adaptée, de l'ESAT ou du CDTD**Volet C****Je soussigné(e)**, (nom prénom) _____**Agissant en qualité de responsable légal de** (raison sociale) _____

• Certifie sur l'honneur avoir employé dans mes effectifs M/Mme _____

Du (date d'embauche) au En tant que : Usager d'ESAT Salarié d'entreprise adaptée ou de CDTD ouvrant droit à l'aide au poste

• Reconnais être informé de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.

Fait à _____

Date / /

Signature du représentant légal et cachet de l'établissement

Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé"