

# Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

## A qui adresser ce dossier ?

Ce dossier doit être adressé **sous pli recommandé avec accusé de réception** à la Délégation régionale Agefiph<sup>1</sup> de la région de l'établissement employeur du salarié concerné ou du lieu d'exercice de l'activité pour les travailleurs exerçant une activité non-salariée.

## Sommaire

### Volet A

Identification de l'employeur ou du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

Identification de la personne handicapée

### Volet B1

Informations relatives au contrat de travail ou à l'activité non salariée

Information du salarié du dépôt d'une demande de RLH

### Volet B2

Récapitulatif du contenu d'un dossier RLH complet

### Volet C

Tableau des aménagements réalisés et prévus

### Volet D

Tableau d'évaluation par l'employeur des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal

### Volet E

Engagement de l'employeur ou du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

### Inclus

- Avis du médecin du travail (dans le cas d'un contrat de travail)
- *Notice explicative*

<sup>1</sup> Les adresses des Délégations régionales de l'Agefiph sont précisées dans la notice jointe au présent dossier, et sont également disponibles sur [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr).

## ➤ Identification de l'employeur ou du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

- Première demande  
  Renouvellement  
  Demande de révision

En cas de renouvellement ou de demande de révision, préciser la date d'échéance de l'ancienne décision: ..... / ..... / .....

- Cocher si l'employeur est le travailleur handicapé

Raison sociale .....

Enseigne .....

Siret ou n° MSA [ ]

Code NAF 2008 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Code APE [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Adresse .....

.....

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Ville .....

Type d'entreprise (cf. notice) .....

Effectif salarié de l'établissement au 31/12 [ ] [ ] [ ] [ ]

Effectif TH de l'établissement au 31/12 [ ] [ ] [ ] [ ]

- Etablissement assujéti à l'obligation d'emploi au 31/12 dernier ?** (article L5212-13 du code du travail)  
  Oui  
  Non

Si oui préciser l'effectif d'assujettissement correspondant [ ] [ ] [ ] [ ]

- Etablissement signataire d'un accord agréé OETH ?**  
  Oui  
  Non

Si oui préciser: Date d'agrément ..... / ..... / ..... Dépt [ ] [ ]

Date de début de l'accord: ..... / ..... / .....

Date de fin de l'accord: ..... / ..... / .....

- Accord de branche  
  Accord d'établissement, d'entreprise ou de groupe

**Représentant légal**    M.    Mme    Melle

Nom .....

Prénom .....

Qualité .....

Adresse .....

.....

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Ville .....

e-mail .....

Tél. .... Fax .....

**Personne à contacter**    M.    Mme    Melle

Nom .....

Prénom .....

Fonction .....

Adresse .....

.....

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Ville .....

e-mail .....

Tél. .... Fax .....

## ➤ Identification de la personne handicapée

- M.  
  Mme  
  Melle

Prénom .....

Nom de naissance .....

Nom d'usage .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

Département de naissance [ ] [ ] [ ]

Adresse .....

.....

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Ville .....

Téléphone .....

Fax .....

Autre téléphone .....

e-mail .....

### Titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi

- RQTH  
 Titulaire d'une rente d'AT ou d'une maladie professionnelle  
 Titulaire d'une pension d'invalidité  
 Titulaire de l'AAH  
 Titulaire de la carte d'invalidité  
 Pensionné de guerre ou assimilé  
 Autre catégorie  
 Notification CDES ou CDAPH

Début de validité ..... / ..... / .....

Fin de validité ..... / ..... / .....

- Attribué à titre définitif  
 Cocher si taux d'invalidité ou d'IPP d'au moins 80%

### Nature du handicap

- Déficience visuelle  
  Déficience auditive  
 Handicap mental  
  Handicap psychique  
 Maladie invalidante  
  Déficience motrice  
 Polyhandicap

### Niveau de formation

- Egal ou supérieur à la licence (Niveau I et II)  
 BTS ou DUT (Niveau III)  
 Baccalauréat technique ou Brevet de technicien (Niveau IV)  
 BEP ou CAP (Niveau V)  
 Brevet des Collèges (Niveau V bis)  
 Pas de formation au delà de la scolarité obligatoire (Niveau VI)

## ➤ Contrat de travail ou activité non salariée

CDI
  CDD
  intérim
  Activité non salariée

Date d'embauche / de début d'activité ..... / ..... / .....

Date de fin de CDD ..... / ..... / .....

### Type de contrat aidé

CUI-CIE
  Contrat d'apprentissage
  Autre contrat aidé par l'Etat  
 CUI-CAE
  Contrat de professionnalisation
 (préciser : ..... )

Intitulé du poste de travail ou de l'activité exercée : .....

### Catégorie de poste occupé

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> Agriculteurs exploitants   | <input type="radio"/> Commerçants et assimilés             | <input type="radio"/> Ouvriers non qualifiés   | <input type="radio"/> Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés |
| <input type="radio"/> Artisans   | <input type="radio"/> Contremaîtres, agents de maîtrise    | <input type="radio"/> Ouvriers qualifiés   | <input type="radio"/> Professions libérales et assimilés  |
| <input type="radio"/> Cadres d'entreprise  | <input type="radio"/> Employés administratifs d'entreprise | <input type="radio"/> Personnels des services directs aux particuliers                           | <input type="radio"/> Techniciens   |
| <input type="radio"/> Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques | <input type="radio"/> Employés de commerce                 | <input type="radio"/> Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises |   |
| <input type="radio"/> Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus                                  | <input type="radio"/> Ouvriers agricoles                   |  |   |

Durée collective de travail de l'établissement (h mensuelles)

Durée de travail du salarié (h mensuelles)

Salaire ou revenu brut horaire (chargé, hors primes)

Salaire ou revenu brut mensuel (chargé, hors primes)

## ➤ Information du salarié

Je soussigné(e) .....,  
salarié(e) de l'entreprise .....

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

Date ..... / ..... / ..... Signature du ou de la salarié(e)

## ➤ Aménagements réalisés ou prévus pour optimiser le poste de travail et l'environnement

Cadre réservé à l'Agefiph  
N°

Nature de l'aménagement (matériel, tutorat, adaptation de l'environnement ou de l'organisation du travail, etc....)	Activité concernée de la personne handicapée	Date de l'aménagement	Réalisé / prévu	Coût HT <sup>1</sup>	Montant de l'aide obtenue

<sup>1</sup> Joindre la copie des justificatifs (factures acquittées...)

## Évaluation par l'employeur des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal

Cadre réservé à l'Agefiph  
N°

Description des activités et tâches réalisées par le travailleur handicapé <sup>2</sup>		Charges liées à une moindre productivité du travailleur handicapé		Charges liées au tutorat ou à l'aide d'un tiers (hors financements Agefiph)		Autres charges	Total des charges mensuelles
Activité ou tâche	Nb d'heures consacrées par mois	% de perte de productivité	Nb d'heures perdues par mois	Soit un coût mensuel en euros	Nb d'heures de tutorat ou d'aide réalisées par mois	Soit un coût mensuel en euros	Autres coûts induits par mois
				Charge supplémentaire induite par le handicap après aménagement optimal du poste de travail, en euros par mois			
				Charge supplémentaire induite par le handicap après aménagement optimal du poste de travail, en euros par an			
				Charge mensuelle x 12		= euros	

Temps de travail mensuel du travailleur handicapé

heures

Salaires horaires chargés<sup>1</sup> ou revenus brut horaire du travailleur handicapé

euros

<sup>1</sup> Joindre le plus récent bulletin de salaire.

<sup>2</sup> Joindre la fiche de poste ou le référentiel d'activités s'ils existent.

<sup>3</sup> Joindre le plus récent bulletin de salaire.

# Engagement de l'employeur ou de la personne handicapée exerçant une activité non salariée

Je soussigné(e), (nom, prénom) .....

## Employeur agissant en qualité de responsable légal de l'entreprise

(raison sociale) .....

Certifie sur l'honneur que la personne handicapée pour laquelle la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap est déposée est toujours en activité dans l'entreprise au jour de la demande,

Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans le dossier de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap.

Accepte l'éventualité de la visite 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 concernées et mentionné en bas de page.

M'engage à produire toute pièce justificative visant à contrôler sur place ou sur pièces les conditions d'exécution du contrat de travail pour lequel les droits RLH seraient accordés, et ce pour une durée allant jusqu'à 3 ans à compter de la fin des droits.

Atteste avoir informé Madame / Monsieur

.....  
salarié de mon entreprise, du dépôt d'une demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap auprès de la Délégation Régionale Agefiph, en vue de bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance.

Reconnais 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  
et cachet de l'établissement

Faire précéder la signature de la mention manuscrite «Lu et approuvé»

## Travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

Certifie sur l'honneur exercer une activité professionnelle non salariée au jour de dépôt de la demande

Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans le dossier de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap.

Accepte l'éventualité de la visite 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 concernées et mentionné en bas de page.

M'engage à produire toute pièce justificative visant à contrôler sur place ou sur pièces les conditions d'exécution de l'activité non salariée pour laquelle les droits RLH seraient accordés, et ce pour une durée allant jusqu'à 3 ans à compter de la fin des droits.

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

Fait à .....

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

Signature du travailleur handicapé non salarié et le cas échéant  
cachet professionnel

Faire précéder la signature de la mention manuscrite «Lu et approuvé»



contactez-nous de 9h à 18h  
**0 811 37 38 39**  
coût d'un appel local depuis un poste fixe  
[www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr)

<sup>1</sup> 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 1506572. 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).

## ► Pour être complet votre dossier RLH doit comporter :

- le présent dossier 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 du titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi visée à l'article L5212-13 du code du travail du travailleur handicapé, présentant une durée de validité d'au moins 6 mois à compter du dépôt de la demande, accompagnée si ce n'est pas le cas de la copie de l'accusé de réception de la demande de renouvellement reçu de la CDAPH
- si le travailleur handicapé concerné est salarié, la copie de son contrat de travail et le cas échéant du ou des avenants au contrat de travail
- si le travailleur handicapé concerné est salarié, la copie de son plus récent bulletin de salaire
- si le travailleur handicapé concerné est salarié, la copie de la plus récente fiche d'aptitude délivrée par les services de santé au travail (volet employeur) et le cas échéant l'avis circonstancié (cf. modèle joint)
- le cas échéant, la fiche de poste du travailleur handicapé
- le cas échéant, une copie de la convention collective en vigueur au sein de l'établissement
- le tableau des aménagements réalisés ou prévus<sup>1</sup> pour optimiser le poste de travail et l'environnement du travailleur handicapé (cf. dossier)
- la copie des justificatifs correspondants aux aménagements réalisés (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...)
- le cas échéant la liste et le montant des aides versées par l'Agefiph
- le tableau d'évaluation des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal (cf. dossier)
- le cas échéant, la copie du plus récent bulletin de salaire d'un tiers mobilisé de manière récurrente pour venir en aide au travailleur handicapé
- tout autre justificatif de charge induite de manière pérenne par le handicap

<sup>1</sup> Par dérogation, lorsque le bénéficiaire présente un taux d'invalidité ou d'incapacité égal ou supérieur à 80%, une liste des prévisions d'aménagements du poste de travail et de l'environnement du bénéficiaire que l'employeur s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande (ainsi que leur coût) est acceptée.

## Avis du médecin du travail

### Entreprise

Raison sociale .....

Adresse .....

Code postal .....

Ville .....

### Salarié

Nom d'usage .....

Prénom .....

### Intitulé du poste

### Médecin du travail

Nom .....

Prénom .....

Date de la dernière  
visite médicale

..... / ..... / .....

Date de l'étude  
de poste

..... / ..... / .....

### Service de santé au travail

Nom .....

Adresse .....

Code postal .....

Ville .....

Téléphone .....

### Description du poste occupé

### Restrictions d'aptitude éventuelles



# Avis du médecin du travail (suite)

## Entreprise

Raison sociale .....

## Salarié

Nom d'usage .....  
Prénom .....

## Préconisations d'aménagement du poste de travail et de son environnement

## Observations et avis du médecin du travail

Fait à .....

Date ..... / ..... / ....., signature et cachet du Medecin du Travail

# Contexte de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

## Préambule

Dans le cadre de l'instruction d'une demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap, il est indispensable de comprendre la situation de l'environnement de travail du salarié concerné.

Pour cela, nous vous demandons de bien vouloir nous informer sur les conditions d'exercice de l'activité et **sur les situations difficiles ACTUELLES liées au handicap** en s'appuyant sur les éléments de description présentés dans ce document.

Certains éléments sont essentiels pour comprendre votre demande de RLH : la présentation de l'entreprise, l'environnement de travail, les tâches attendues et l'emploi du temps.

### 1. Présentation de l'entreprise et du salarié handicapé

**Important :** vous pouvez vous reporter à la notice explicative pour vous aider à renseigner ces rubriques (page 11).

# Contexte de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap (suite)

## 2. L'environnement de travail du travailleur handicapé

## 3. Tâches attendues du poste de travail, effets induits par le handicap sur la réalisation des tâches du poste de travail et sur l'organisation de l'entreprise

**Important :** vous pouvez vous reporter à la notice explicative pour vous aider à renseigner ces rubriques (page 11).

## Notice explicative

### Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH)

▼  
**Mémo** *Notez ici les éléments à ne pas oublier*

Date d'envoi de votre dossier  
à la Délégation régionale Agefiph: .....

Numéro de votre dossier Agefiph: .....  
(il vous sera communiqué dans un courrier que vous recevrez prochainement)

Autres informations utiles à conserver: .....

.....

.....



contactez-nous de 9h à 18h  
**0 811 37 38 39**  
coût d'un appel local depuis un poste fixe

▲ Pour tout renseignement  
concernant votre dossier

## Sommaire

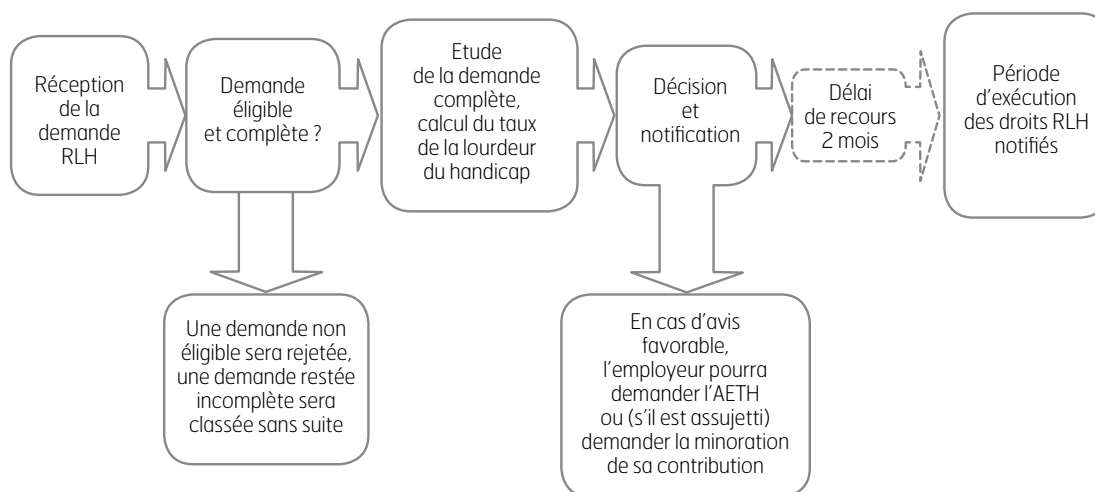
Comment se passe la reconnaissance de la lourdeur du handicap ? .....	p. 2
Rappel des dispositions relatives à la reconnaissance de la lourdeur du handicap .....	p. 3

### Comment remplir votre dossier de demande de RLH ?

Volet A	➤ Identification de l'employeur ou du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée .....	p.4
	➤ Identification de la personne handicapée .....	p.6
Volet B1	➤ Contrat de travail ou activité non salariée .....	p.7
	➤ Information du salarié .....	p.8
Volet C	➤ Tableau des aménagements réalisés ou prévus pour optimiser le poste de travail et l'environnement .....	p.9
Volet D	➤ Tableau d'évaluation par l'employeur des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal .....	p.9
Volet E	➤ Engagement de l'employeur ou de la personne handicapée exerçant une activité non salariée .....	p.11
Feuilles inclus	➤ Fiche d'aptitude et avis du médecin du travail .....	p.11
	➤ Contexte de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap .....	p.11
Adresses des délégations régionales de l'Agefiph .....		p.14
A lire attentivement avant de transmettre votre demande .....		p.16

## Comment se passe la reconnaissance de la lourdeur du handicap ?

- ▶ Le dossier de demande de RLH est téléchargeable sur le site de l'Agefiph [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr) ou disponible auprès de votre Délégation régionale dont vous trouverez les coordonnées en fin de notice.
- ▶ Votre dossier doit être adressé renseigné et signé, accompagné des justificatifs demandés, à votre Délégation régionale Agefiph.
- ▶ Si des justificatifs manquent, nous vous les demanderons par courrier.
- ▶ Une fois votre dossier complet, nous procéderons à l'étude des éléments que vous nous aurez transmis. Si nécessaire, un avis d'expert, missionné par l'Agefiph, sera sollicité pour éclairer et étayer les éléments présents au dossier.
- ▶ Vous serez informé de notre décision par courrier :  
la notification favorable ou défavorable mentionnera le taux de lourdeur du handicap résultant de l'évaluation de la charge résiduelle, les calculs retenus à cet effet, ainsi que les voies de recours possibles.  
Si votre demande est rejetée, le motif sera explicité.
- ▶ En cas d'avis favorable, les droits vous seront ouverts à compter de la date de réception de votre demande de RLH.



## Rappel des dispositions relatives à la reconnaissance de la lourdeur du handicap <sup>1</sup>

*La loi de finances 2011 a transféré à l'Agefiph la gestion du dispositif d'attribution de la lourdeur du handicap à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011.*

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a supprimé le classement par les Cotorep des travailleurs handicapés dans les catégories A, B et C selon la gravité de leur handicap.

La loi a introduit le principe d'**une compensation de l'incidence du handicap de la personne sur son activité**. Cette incidence, dénommée «lourdeur du handicap», est évaluée sur la base des coûts pérennes supportés par l'entreprise du fait du handicap d'un salarié occupé à un poste déterminé, préalablement aménagé de manière optimale.

La reconnaissance de la lourdeur du handicap peut être demandée par :

- ▶ **toute entreprise**, quelle que soit sa taille, pour un salarié bénéficiaire de l'obligation d'emploi (voir les cas de restriction ci-après),
- ▶ **tout travailleur handicapé** bénéficiaire de l'obligation d'emploi **exerçant une activité non salariée**.

La reconnaissance de la lourdeur du handicap est une **décision administrative** prise par l'Agefiph après instruction d'un dossier de demande qui lui est adressé.

Elle donne accès à des droits <sup>2</sup>, pour une durée généralement de trois ans, qui peuvent prendre deux formes :

- ▶ soit le versement de l'aide à l'emploi (AETH) au taux normal ou majoré si la lourdeur du handicap reconnue le justifie ;
- ▶ soit une minoration de la contribution due par l'établissement employeur du travailleur handicapé, s'il est assujéti à l'obligation d'emploi.

*N.B. Une fois les droits ouverts, l'employeur recevra une «demande de versement de l'AETH» qu'il lui incombera de renvoyer signée à l'adresse suivante :*

**Centre de traitement AETH TSA 30001 41013 BLOIS Cedex.**

**En cas de changement de poste de travail ou d'évolution du handicap** au cours de la période d'exécution des droits, une demande de révision doit être déposée afin d'actualiser les droits.

**Le renouvellement** de la décision de reconnaissance fait l'objet d'une nouvelle demande, selon les mêmes modalités que la demande initiale, à déposer trois mois avant la fin de validité des droits en cours afin d'éviter l'interruption des versements de l'AETH.

<sup>1</sup> Textes de référence :

Loi N°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Décret en Conseil d'Etat N°2006-134 du 9 février 2006 relatif à la reconnaissance de la lourdeur du handicap et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Arrêté du 9 février 2006 fixant le montant annuel de l'aide à l'emploi mentionné à l'article R 323-125 du code du travail.

<sup>2</sup> dans la limite de validité du titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

## Comment remplir votre dossier de demande de RLH ?

### Volet A

#### ➤ Identification de l'employeur ou du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

**Cette rubrique doit être remplie par l'employeur ou par le travailleur handicapé exerçant une activité non salariée**

Cocher la case correspondant à la situation de première demande, de renouvellement ou de demande de révision.

La date d'échéance de l'ancienne décision n'est à compléter qu'en cas de renouvellement ou de demande de révision (date de fin de validité des droits RLH en cours)

#### **Cocher si l'employeur est le travailleur handicapé**

cocher dans le cas où la personne handicapée exerce une activité non salariée et fait à ce titre la demande de RLH.

**Raison sociale** indiquer la dénomination sociale de l'établissement où travaille la personne handicapée.

**Enseigne** indiquer l'appellation courante de l'établissement (si elle est différente de sa raison sociale).

**Siret ou MSA** indiquer le numéro de Siret (14 chiffres) ou le numéro MSA identifiant l'établissement.

**Code NAF ou APE** indiquer le code NAF 2008 (4 chiffres et une lettre) ou APE concernant l'activité principale de l'établissement.

**Adresse** indiquer l'adresse de l'établissement employant la personne handicapée.

**Type d'entreprise** indiquer la valeur choisie parmi les catégories suivantes :

- SA ou SARL
- Exploitation agricole
- Entreprise individuelle (artisan, commerçant, profession libérale...)
- Particulier employeur
- Etablissement public administratif
- Etablissement public industriel et commercial
- Organisation professionnelle / patronale
- Syndicat de salariés
- Association
- Entreprise adaptée
- ESAT
- Entreprise de travail temporaire
- Si autre, préciser

**Attention, les employeurs des trois fonctions publiques (Etat, Collectivités locales et territoriales) ne peuvent bénéficier de la RLH.**

**Effectif Salarié au 31/12**

indiquer le nombre total de personnes salariées de l'établissement où travaille la personne handicapée arrêté au 31 décembre de l'année précédente.

**Effectif TH de l'établissement au 31/12**

indiquer le nombre total de travailleurs handicapés de l'établissement où travaille la personne handicapée arrêté au 31 décembre de l'année précédente.

**Etablissement assujetti au 31/12 dans le cadre de l'obligation d'emploi**

cocher «oui» si l'établissement où travaille la personne handicapée était assujetti à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés au 31 décembre de l'année précédente.

**Effectif d'assujettissement correspondant**

si l'établissement est assujetti à l'obligation d'emploi, préciser son effectif d'assujettissement (Cf. déclaration sur l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés).

**Etablissement signataire d'un accord agréé OETH**

cocher «oui» si un accord relatif à l'emploi des personnes handicapées a été agréé (=exonérateur de la contribution Agefiph) au titre de l'article L5212-8 du code du travail,

et dans ce cas préciser la date de l'agrément par les services de l'Etat, le département concerné,

la nature de l'accord (de branche ou d'établissement, d'entreprise ou de groupe)

ainsi que les dates de début et de fin de l'accord.

**Représentant légal**

indiquer les nom, prénom et coordonnées du représentant légal (doté de la personnalité juridique) de l'établissement employeur.

Renseigner impérativement la qualité du représentant légal (Président, Directeur Général, Directeur des Ressources Humaines, Gérant, Secrétaire Général...)

**Personne à contacter**

indiquer les nom, prénom fonction et coordonnées de l'interlocuteur de l'établissement employeur à qui seront adressées les éventuelles demandes d'informations.



## Volet A (suite)

### ➤ Identification de la personne handicapée

- Prénom** indiquer le prénom usuel du travailleur handicapé.
- Nom de naissance** indiquer le nom de naissance du travailleur handicapé.
- Nom d'usage** à renseigner si différent du nom de naissance (nom marital).
- Date de naissance** date de naissance du travailleur handicapé exprimé sous forme JJ/MM/AAAA  
Exemple : 07/03/1965 pour le 7 mars 1965
- Département de naissance** si le travailleur handicapé est né en France (métropole, Corse et DOM), indiquer le numéro du département de naissance, sinon (étranger ou TOM) indiquer la valeur 99.  
Exemples : 24 si le département de naissance est la Dordogne,  
99 s'il s'agit de la Nouvelle-Calédonie.
- Adresse** indiquer l'adresse habituelle du travailleur handicapé.  
Mentions facultatives : ses coordonnées téléphoniques et adresse e-mail.

### Titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi

cocher la case correspondant au titre de bénéficiaire du travailleur handicapé (une seule réponse possible).

Indiquer les dates de début et de fin de validité du titre de bénéficiaire.

Attention : le titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi doit être valide au jour de dépôt de la demande, pour une durée minimale de 6 mois.

A défaut, la copie de l'accusé de réception de la demande de renouvellement émis par la CDAPH devra obligatoirement être fournie.

### Nature du handicap

cocher la case correspondant au handicap principal du travailleur handicapé (une seule réponse possible).

- Handicap mental : à cocher dans le cas d'une déficience intellectuelle
- Handicap psychique : à cocher dans le cas d'une maladie mentale
- Maladie invalidante : à cocher dans le cas d'une maladie respiratoire, digestive, endocrine, infectieuse ou parasitaire.
- Déficience motrice : à cocher dans le cas d'une maladie ostéo-articulaire, d'une affection cérébrale ou médullaire ou neuro-musculaire entraînant des troubles de la motricité notamment des membres supérieurs et inférieurs.
- Polyhandicap : à cocher dans le cas d'une association de déficiences motrices, intellectuelles voire sensorielles sévères, et entraînant une restriction importante de l'autonomie.

### Niveau de formation

cocher la case correspondant au niveau de qualification du travailleur handicapé.

Dans le cas où les études ont été interrompues après le certificat d'études ou à 16 ans, cocher «pas de formation allant au-delà de la scolarité obligatoire».

## Volet B1

### ➤ Contrat de travail ou activité non salariée

#### CDI, CDD, Intérim, Activité non salariée

cocher la case correspondant à la situation d'emploi du travailleur handicapé.

#### Date d'embauche ou de début d'activité

renseigner la date avec le format JJ/MM/AAAA

**Date de fin de CDD** s'il s'agit d'un CDD, préciser la date de fin du contrat avec le format JJ/MM/AAAA (attention, la demande de RLH ne pourra être examinée si le travailleur handicapé n'est plus dans l'emploi ou est en cours de préavis).

#### Type de contrat aidé

cocher dans le cas d'un contrat de travail aidé par l'Etat (attention, les contrats CUI-CAE ainsi que les contrats pour lesquels une subvention de l'Etat est déjà versée pour l'aide au poste (entreprise adaptée) ou l'aide au poste d'insertion (organisme d'insertion par l'activité économique) ne sont pas éligibles à la reconnaissance de la lourdeur du handicap.

#### Intitulé du poste de travail ou de l'activité exercée

préciser l'intitulé du poste tenu par le travailleur handicapé concerné (dans le cas d'un salarié, mentionné dans le contrat de travail et sur le bulletin de salaire), et joindre le descriptif de poste s'il existe.

#### Catégorie de poste occupé

indiquer parmi la liste proposée la catégorie correspondant au poste de travail occupé par le travailleur handicapé

#### Durée collective de travail de l'établissement

préciser la durée du travail stipulée dans la convention collective s'appliquant à l'établissement employant le travailleur handicapé, ou à défaut la durée légale de travail, en nombre d'heures et centièmes d'heure par mois.

Si la durée de travail est exprimée en heures hebdomadaires ou annuelles, la traduire en heures mensuelles.

##### Exemples

Pour une durée collective de travail de 35 heures hebdomadaires, la conversion se fera avec la formule :

$$\frac{(35 \text{ h} \times 52 \text{ semaines})}{12 \text{ mois}} \quad \text{soit un résultat à reporter de 151,67 heures mensuelles.}$$

Pour une durée collective de travail de 1820 heures annuelles, le calcul sera :

$$\frac{1820 \text{ h}}{12 \text{ mois}} \quad \text{soit un résultat à reporter de 151,67 heures mensuelles.}$$

## Volet B1 (suite)

### **Durée de travail applicable au travailleur handicapé**

préciser la durée de travail applicable au salarié handicapé, en nombre d'heures et centièmes d'heure par mois.

Cette information figure dans le contrat de travail. Si la durée de travail est exprimée en heures hebdomadaires ou annuelles, la traduire en heures mensuelles comme pour la durée collective de travail.

### **Salaire ou revenu brut horaire et mensuel**

prendre en compte le salaire chargé (salaire brut + charges patronales, en excluant les primes éventuelles mentionnées sur le bulletin de salaire).

Dans le cas d'un travailleur handicapé exerçant une activité non salariée, on obtient le revenu brut horaire, en divisant le revenu annuel déclaré l'année antérieure par 1638.

### **➤ Information du salarié**

Cette rubrique permet au salarié handicapé d'attester qu'il est bien informé de la démarche de reconnaissance de la lourdeur du handicap entreprise par son employeur en vue de bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance. Le salarié doit signer et dater cette attestation.

## Volet C

### ➤ Tableau des aménagements réalisés ou prévus pour optimiser le poste de travail et l'environnement

Ce tableau permet de détailler les aménagements réalisés pour optimiser le poste de travail du travailleur handicapé et son environnement de travail.

Ces aménagements peuvent être :

- ▶ matériels
- ▶ adaptation d'horaires (hors réduction du temps de travail)
- ▶ organisationnels

Compléter le tableau en précisant le type d'aménagement, l'activité concernée, la date, le cas échéant le coût hors taxes (joindre les justificatifs des dépenses réalisées).

Si une aide de l'Agefiph ou d'un autre organisme a été obtenue dans ce cadre, en préciser le montant.

Dans le cas d'une **première demande** de reconnaissance de lourdeur du handicap pour un travailleur handicapé présentant un taux d'incapacité ou d'invalidité permanente d'au moins 80 %, il est possible, à titre dérogatoire, de faire état des aménagements prévus que l'entreprise s'engage à réaliser au cours de l'année suivant le dépôt de la demande. Dans ce cas, indiquer les coûts prévisionnels et, si elle est déjà connue, l'aide éventuelle à recevoir de l'Agefiph.

Colonne Réalisé / prévu : noter «R» si les aménagements sont déjà réalisés ou «P» s'ils sont prévus.

## Volet D

### ➤ Tableau d'évaluation par l'employeur des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal

#### Calcul des charges

Chaque activité générant des charges supplémentaires induites par le handicap doit faire l'objet d'une ligne du tableau.

Les charges supplémentaires induites par le handicap doivent :

- ▶ être récurrentes (non ponctuelles)
- ▶ représenter un coût supplémentaire chiffrable pour l'entreprise
- ▶ correspondre au surcoût résiduel généré par le handicap une fois effectués les aménagements du poste et de l'environnement de travail

**En aucun cas les dépenses d'aménagement du poste ne peuvent être prises en compte dans ce tableau.**

**Page suivante le tableau explicatif pour aider à cette évaluation.**

Tableau explicatif pour aider à cette évaluation.

Nature de charge	Description, exemples	Coûts à retenir	Précisions
<b>Charges liées à une moindre productivité du travailleur handicapé</b>	<p><b>Efficience réduite au regard de l'activité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Durée de réalisation accrue, cadence de travail réduite,</li> <li>▶ Fatigabilité de la personne,</li> <li>▶ Rattrapage d'erreurs sur les pièces, taux de rebut supérieur, etc...</li> </ul> <p><b>Organisation particulière de l'activité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pauses supplémentaires impératives durant les heures de travail,</li> <li>▶ Absences pour soins impératives durant les heures de travail (par exemple séances de dialyse)</li> </ul>	<p>Dans ce cas mentionner pour chaque activité concernée par une perte de productivité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ le nombre d'heures effectuées,</li> <li>▶ le taux de perte de productivité,</li> <li>▶ le nombre d'heures perdues par mois</li> <li>▶ le coût mensuel correspondant résultant du calcul du nombre d'heures perdues par mois multiplié par le salaire horaire chargé hors primes.</li> </ul>	<p>Ces éléments de perte de productivité doivent être calculés par comparaison avec un travailleur valide. Ne peuvent être prises en compte des activités du travailleur handicapé qui ont été transférées à un autre et qui ne figurent plus dans son poste.</p> <p>Dans le cas d'une activité temporaire (activité saisonnière, périodique) on ramènera l'activité totale annuelle à un temps moyen par mois.</p>
<b>Charges liées au tutorat ou à l'aide d'un tiers référent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Heures dédiées par un tuteur spécifiquement en appui du travailleur handicapé,</li> <li>▶ Heures consacrées par l'encadrement du travailleur handicapé (rappel fréquent ou renforcé des consignes, contrôle plus important du travail effectué),</li> <li>▶ Heures d'aide à la tâche passées par un tiers intervenant en appui d'une activité du travailleur handicapé du fait d'une organisation adaptée du travail : par exemple un chauffeur conduisant le travailleur handicapé ne pouvant plus conduire sa camionnette pour se rendre sur les chantiers (en revanche, des activités qui sont transférées à un tiers ne peuvent être prises en compte).</li> </ul>	<p>Dans ce cas mentionner pour chaque activité concernée par ce type de charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ le nombre d'heures dédiées par mois par le tuteur ou le tiers,</li> <li>▶ le salaire horaire chargé (hors primes) du tuteur ou du tiers</li> <li>▶ le coût mensuel du tuteur ou du tiers correspondant, résultant du calcul du nombre d'heures par mois multiplié par le salaire horaire chargé (hors primes).</li> </ul>	<p>Joindre une copie du plus récent bulletin de salaire du tuteur ou du tiers.</p> <p>Les charges de ce type faisant l'objet d'une aide Agefiph ne peuvent être prises en compte.</p> <p>Des activités qui sont transférées à un tiers ne peuvent être prises en compte</p>
<b>Autres charges</b>	<p>Surcoûts générés par le handicap dans le cadre de l'activité professionnelle (transports...)</p> <p>Accompagnement individuel, nécessaire au travailleur handicapé pour qu'il puisse occuper son emploi, par un tiers extérieur à l'entreprise, de façon régulière mais pas obligatoirement continue.</p>	<p>Montant des dépenses effectives rendues nécessaires par le handicap dans la tenue du poste de travail, sur une base mensuelle.</p>	<p>Joindre la copie des justificatifs des dépenses avec le détail de leur calcul.</p> <p>Les frais kilométriques normalement remboursés dans le cadre de l'activité professionnelle classique ne sont pas pris en compte.</p> <p>Les charges faisant l'objet d'une aide de l'Agefiph ne peuvent être prises en compte.</p> <p>En aucun cas des dépenses d'aménagement du poste de travail ne peuvent être prises en compte.</p>

## Volet E

### ➤ Engagement de l'employeur ou de la personne handicapée exerçant une activité non salariée

Pour que la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap puisse être étudiée, le représentant légal de l'employeur ou la personne handicapée exerçant une activité non salariée doit certifier l'exactitude des informations transmises et s'engager à faciliter l'accès aux informations ou documents nécessaires à l'instruction de sa demande.

Le signataire doit, dans la partie concernée (employeur d'un travailleur handicapé salarié ou travailleur handicapé exerçant une activité non salariée) ajouter la mention manuscrite «lu et approuvé», dater, apposer son cachet s'il y a lieu, et signer sans ratures ni rajout.

## Feuillets inclus

### ➤ Fiche d'aptitude et avis du médecin du travail

Dans le cas uniquement d'un travailleur handicapé salarié :

- ▶ une copie de la plus récente fiche d'aptitude délivrée par les services de santé au travail (volet employeur) est à joindre obligatoirement
- ▶ l'avis circonstancié du médecin du travail est recommandé sans être obligatoire. Le feuillet joint peut être utilisé mais n'est pas un modèle imposé

### ➤ Contexte de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

Certains éléments sont essentiels pour comprendre et identifier la situation de travail et les situations difficiles liées au handicap.

#### 1. Présentation de l'entreprise et de la situation du travailleur handicapé :

- ▶ organisation générale de l'entreprise, activités, produits, horaire collectif...
- ▶ parcours du salarié handicapé dans l'entreprise
- ▶ éléments qui vous ont conduit à demander une RLH
  - facteurs déclenchant : survenue du handicap et/ou son évolution, évolution du poste de travail...
- ▶ le cas échéant, la ou les différentes actions menées pour répondre à la situation

## ➤ Contexte de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap (suite)

### 2. Environnement de travail du travailleur handicapé :

Il décrit les locaux, les matériels / machines, l'organisation du travail, les opérateurs

- ▶ outils utilisés ou équipements en place
- ▶ organisation :
  - journée type
  - travail d'équipe / répartition du travail
- ▶ formation et qualification nécessaires au poste de travail
- ▶ système d'information (support informatique, consignes)
- ▶ indicateurs de production : tâche de contrôle, surface à traiter, quantité de pièces produites à l'heure, nombre d'animaux à gérer, nombre de dossiers à traiter

### 3. Tâches attendues et emploi du temps :

**Les tâches attendues** renvoient à tout ce qui est défini par avance par l'entreprise et confié au salarié / travailleur indépendant pour réaliser son travail (fiches de poste et autres activités attribuées de façon informelle).

Effets induits par le handicap

- ▶ sur la réalisation des tâches du poste de travail  
(perte de productivité, absences pour soins sur temps de travail, pauses complémentaires au cadre réglementaire de la profession...)
- ▶ sur l'organisation de l'entreprise  
(accompagnement à la réalisation par un tiers, encadrement, aménagement d'horaire, etc...)

**L'emploi du temps** donne des éléments de rythme, fréquence, répétitivité des tâches (journalier, hebdomadaire, mensuel, annuel, saisonnier).

Pour exemple : ce type de tableau peut se décliner en durée de chantier, saisonnalité d'une production ou volume de production

Echelle de temps retenue (chantier, semaine, mois, saison...)	Tâche attendue	Description des tâches	Difficultés rencontrées
	Préparation de commandes à livrer		Perte de temps et pause prolongée Impossibilité à contrôler les commandes
	Préparation de commandes à livrer		Perte de temps et pause prolongée Impossibilité à contrôler les commandes
<b>Total</b>			

Ce tableau doit vous aider à compléter le volet D de la demande de RLH.



## Adresses des délégations régionales Agefiph

### ANTILLES/GUYANE

Centre Delgrés  
Hauts de Dillon - Escalier E  
97200 FORT DE FRANCE  
Tél : 05 96 71 24 66  
Fax : 05 96 71 87 76

Départements couverts :  
**971-972-973**

### AQUITAINE

Millénium 2  
ZAC Cœur de Bastide  
13 rue Jean-Paul Alaux  
33072 BORDEAUX Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 05 56 49 66 74

Départements couverts :  
**24-33-40-47-64**

### AUVERGNE

Immeuble Gergovia - 6ème étage  
65 boulevard François Mitterrand  
63010 CLERMONT-FERRAND  
Cedex 1  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 04 73 34 76 93

Départements couverts :  
**03-15-43-63**

### BOURGOGNE /FRANCHE-COMTE

Immeuble OSIRIS  
7 boulevard Winston Churchill  
BP 66615  
21066 DIJON Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 03 80 28 04 31

Départements couverts :  
**21-25-39-58-70-71-89-90**

### BRETAGNE

4 avenue Charles Tillon  
35000 RENNES  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 02 99 54 76 33

Départements couverts :  
**22-29-35-56**

### CENTRE

ABC 2  
35 avenue de Paris  
45058 ORLEANS Cedex 1  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 02 38 78 04 41

Départements couverts :  
**18-28-36-37-41-45**

### CHAMPAGNE ARDENNE

Immeuble Reims 2000  
4ème étage  
95 boulevard du Général Leclerc  
51100 REIMS  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 03 26 50 66 20

Départements couverts :  
**08-10-51-52**

### ILE DE FRANCE

192 avenue Aristide Briand  
92226 BAGNEUX Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 01 46 11 01 52

Départements couverts :  
**75-77-78-91-92-93-94-95**

### LANGUEDOC ROUSSILLON

Immeuble Antalya - 1er étage  
ZAC d'Antigone  
119 avenue Jacques Cartier  
CS 19008  
34967 MONTPELLIER Cedex 2  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 04 99 13 73 25

Départements couverts :  
**11-30-34-48-66**

### LIMOUSIN

Immeuble XENIUM 2  
20 avenue d'Ariane  
Parc d' Ester Technopole  
BP 36850  
87068 LIMOGES Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 05 81 33 98 03

Départements couverts :  
**19-23-87**

### LORRAINE ALSACE

Immeuble Joffre Saint Thiébaud  
13-15 boulevard Joffre  
CS 30660  
54063 NANCY Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 03 83 90 81 41

Départements couverts :  
**54-55-57-67-68-88**

## Adresses des délégations régionales Agefiph (suite)

### MIDI PYRÉNÉES

Immeuble la Passerelle Saint Aubin  
17 boulevard de la Gare  
BP 95 827  
31505 TOULOUSE Cedex 5  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 05 62 47 88 25

Départements couverts :  
**09-12-31-32-46-65-81-82**

### NORD PAS DE CALAIS

27 bis rue du Vieux Faubourg  
59040 LILLE Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 03 20 14 57 39

Départements couverts :  
**59-62**

### NORMANDIE

Immeuble les Galées du Roi  
30 rue Gadeau de Kerville - Saint Sever  
76107 ROUEN Cedex 1  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 02 32 81 94 81

Départements couverts :  
**14-27-50-61-76**

### PAYS DE LA LOIRE

34 quai Magellan  
BP 23211  
44032 NANTES Cedex 1  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 02 40 48 94 44

Départements couverts :  
**44-49-53-72-85**

### PICARDIE

Le jardin des Capets  
3 rue Vincent Auriol  
CS 64801  
80048 AMIENS Cedex 1  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 03 22 54 26 85

Départements couverts :  
**02-60-80**

### POITOU-CHARENTE

Capitole V  
14 boulevard Chasseigne  
86035 POITIERS Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 05 49 60 34 44

Départements couverts :  
**16-17-79-86**

### PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR CORSE

N° 26 Rousset Parc Club  
118 avenue Francis Perrin  
13106 ROUSSET Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 04 42 93 15 40

Départements couverts :  
**04-05-06-13-2A-2B-83-84**

### LA REUNION

Centre d'affaires Cadjee  
62 boulevard du Chaudron  
Bâtiment C - 2ème étage  
97495 SAINTE CLOTILDE Cedex  
Tél : 02 62 20 98 11  
Fax : 02 62 20 98 05

Département couvert : **974**

### RHÔNE-ALPES

ZAC de Saint Hubert  
33 rue Saint Théobald  
38080 L'ISLE D'ABEAU  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 04 74 94 08 93

Départements couverts :  
**01-07-26-38-42-69-73-74**

---

Siège social :  
192 avenue Aristide Briand  
92226 Bagneux Cedex  
Tél : 0811 37 38 39\*  
Fax : 01 46 11 00 12

---

*\* prix d'un appel local depuis  
un poste fixe*

## A lire attentivement avant de transmettre votre demande

Le dossier de demande de RLH doit être :

- ▶ **renseigné dans son intégralité**, sans ratures ni surcharges,
- ▶ **signé, accompagné** des justificatifs demandés et
- ▶ **envoyé** exclusivement par voie postale, **obligatoirement** en recommandé avec accusé de réception à la Délégation régionale Agefiph de votre région

**Tout envoi en courrier simple sera renvoyé à son expéditeur sans pouvoir être pris en compte.**

Ne joindre **aucun original** des justificatifs demandés, uniquement des photocopies.

Veillez à joindre **tous les éléments explicatifs** de vos déclarations sur les aménagements du poste et sur le calcul des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal.

**Un dossier par travailleur handicapé** : si la demande de reconnaissance de lourdeur du handicap concerne plusieurs salariés, remplir un dossier par salarié.

Le dossier à compléter est le même, qu'il s'agisse d'une première demande, d'une demande de renouvellement ou d'une demande de révision (en cas de modification du poste de travail ou d'évolution du handicap au cours de la période d'exécution des droits RLH).