



agefiph

ouvrir l'emploi
aux personnes handicapées

Cadre réservé à l'Agefiph

N°

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

À qui adresser cette demande ?

Cette demande doit être :

▶ saisie en ligne sur www.agefiph.fr

ou

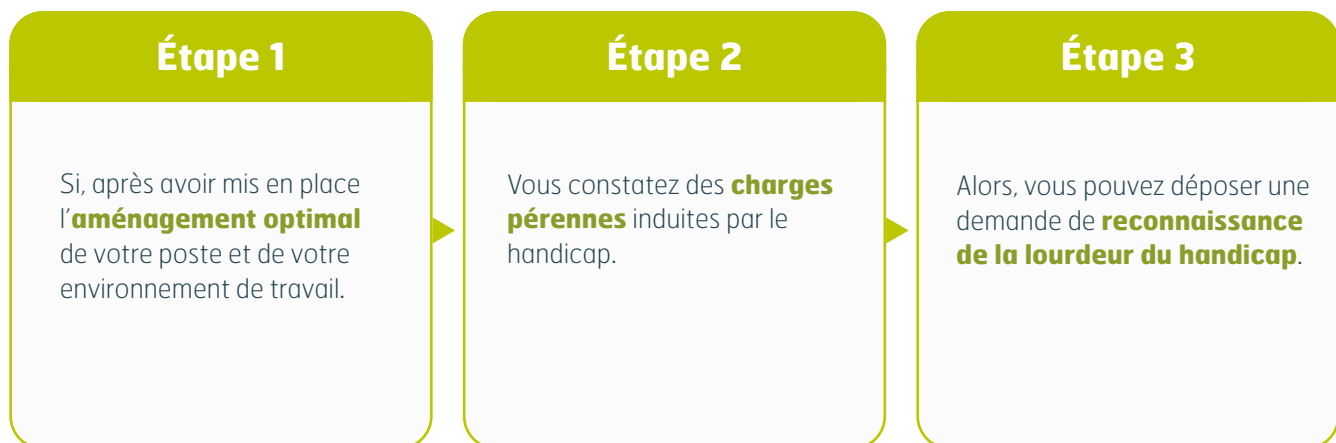
▶ adressée par pli recommandé avec accusé de réception
à la Délégation Régionale Agefiph du lieu d'exercice de l'activité.

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 du poste de travail,
- 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.



L'Agefiph vous accompagne dans votre démarche : conseils, accompagnement, aides.

Composition de la demande

- 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.

Quels sont les justificatifs à fournir? ¹

- 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,Lorsque la demande de renouvellement du justificatif a été déposée avant sa date de fin, le justificatif est considéré comme toujours valide jusqu'à la délivrance du nouveau justificatif.
- 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 aménagements réalisés du poste et de l'environnement de travail de la personne handicapée concernée (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...)²,
- 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).

Attention : si le numéro de sécurité sociale de la personne concernée apparaît sur les justificatifs fournis, celui-ci doit être rayé afin de ne plus être lisible.

1. Les informations recueillies dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique pour permettre l'instruction de la demande et l'attribution d'une décision relative à la Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap. Vous trouverez toutes les précisions utiles dans la notice explicative de ce formulaire.

2. 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.

Raison sociale

Enseigne commerciale

Siret

Adresse postale

Code postal

Ville

Représentant légal de l'entreprise :

M Mme Nom d'usage

Nom de naissance*

Prénom

Fonction

* Information nécessaire pour se connecter à son compte en ligne Agefiph.

Personne à contacter dans l'entreprise :

M Mme Nom d'usage

Nom de naissance*

Prénom

Fonction

Tél. fixe** Mobile **

Adresse mail**

Adresse postale

Code postal

Ville

* Information nécessaire pour se connecter à son compte en ligne Agefiph.

** Données facultatives mais nécessaires pour faciliter nos échanges dans le cadre de la gestion de cette demande.

Première demande Renouvellement

Demande de révision

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

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

ESAT

Entreprise de travail temporaire

Auto-entrepreneur

Autre, préciser :

Code NAF 2008

L'établissement bénéficie-t-il d'un agrément «Entreprise adaptée» au jour du dépôt de la demande ? Oui Non

Effectifs de l'établissement au 31/12 dernier

Effectif salarié :

Effectif salarié reconnu handicapé :

➤ Engagement du travailleur non salarié

Je soussigné(e),
 agissant en qualité de travailleur non salarié dans l'entreprise

- 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 la 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 la présente demande, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes.
- 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 5 ans à compter de la fin des droits.
- Reconnais 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.

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 Handicap cognitif

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 Mobilité Inclusion mention Invalidité (ex-carte d'invalidité)
 Autre catégorie (notification de pension de guerre et assimilés...)

Le justificatif fourni atteste-t-il d'un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente d'au moins 80% ? Oui Non

Dates de validité du justificatif :

Début

Fin ou attribué à titre définitif

Avez-vous fourni un accusé-réception de dépôt de demande de renouvellement d'un des justificatifs mentionnés ci-dessus ?

Oui Non

Situation par rapport à l'emploi

Niveau de formation :

- Niveau 1 (sans niveau spécifique)
 Niveau 2 (sans diplôme ou diplôme national du Brevet)
 Niveau 3 (CAP, BEP...)
 Niveau 4 (Baccalauréat général, professionnel, technique, etc.)
 Niveau 5 (DEUG BTS DUT etc.)
 Niveau 6 (Licence, Master 1)
 Niveau 7 (Master 2, etc.)
 Niveau 8 (Doctorat)

Catégorie de poste occupé :

- Agriculteur exploitant
 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
 Profession Intermédiaire
 Employé
 Ouvrier

La personne handicapée concernée est-elle dans le dispositif Emploi Accompagné ? * Oui Non

* Dispositif légal issu du Décret du 27/12/2016

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.

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 (tâches, organisations du travail...) 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 + charges patronales / 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 + charges patronales / 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.

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

Description du poste occupé

Restrictions d'aptitude éventuelles et conséquences sur la tenue du poste occupé par tâche

(5 grandes familles de tâches maximum)

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)		
<div style="border: 1px solid black; height: 185px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 185px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 185px;"></div>
Aménagement(s) d'horaires		
<div style="border: 1px solid black; height: 185px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 185px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 185px;"></div>
Aménagement(s) technique(s)		
<div style="border: 1px solid black; height: 181px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 181px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 181px;"></div>

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.

➤ 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 (y compris 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
Tâches réalisées (découpage de l'activité en 5 grandes tâches maximum)	Description de la tâche et de la difficulté/contrainte éventuellement rencontrée	Temps passé sur cette tâche en heures mensuelles	Perte de productivité (non compensée par l'intervention d'un tiers) en heures mensuelles	ou	Aide d'un tiers réalisée en heures mensuelles	Tutorat en heures mensuelles	Montants mensuels des dépenses
				ou			
				ou			
				ou			
				ou			
				ou			
		Total (doit être égal à la durée mensuelle de travail dans la limite de la durée légale)	Total		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.