



# agefiph

ouvrir l'emploi  
aux personnes handicapées

Cadre réservé à l'Agefiph

N°

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

## À qui adresser cette demande ?

Cette demande doit être :

▶ saisie en ligne sur [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr)

**ou**

▶ adressée par pli recommandé avec accusé de réception

à la Délégation Régionale Agefiph dont dépend l'établissement employeur du salarié concerné.

# 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 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.*



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

## Composition de la demande

Volet A	Identification et engagement de l'employeur.
Volet B	Identification 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.

# Quels sont les justificatifs à fournir ?<sup>1</sup>

- 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,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 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 aménagements réalisés du poste et de l'environnement de travail de la personne handicapée concernée (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...)<sup>2</sup>,
- 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.

**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 :

Établissement assujéti à l'obligation d'emploi ? (article L5212-2 du code du travail)  Oui  Non

Si oui préciser : l'effectif d'assujettissement correspondant

## ➤ Engagement de l'employeur

Je soussigné(e),  agissant en qualité de responsable légal de l'entreprise

- Certifie sur l'honneur que l'entreprise ci-dessus mentionnée a un statut de droit privé ou public industriel et commercial<sup>1</sup>.
- 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 ; que son contrat de travail n'est pas suspendu<sup>2</sup> ; qu'il n'est pas en période de préavis.
- Certifie sur l'honneur avoir informé le salarié concerné du dépôt de cette demande et m'engage à l'informer de la décision qui sera prise par l'Agefiph.
- 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.
- 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)...

Fait à  Date

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

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 auditif
- Handicap moteur
- Troubles du développement intellectuel (dont handicap mental)
- Polyhandicap (associant toujours une déficience motrice et intellectuelle sévère ou profonde)
- Maladies chroniques invalidantes (cancer, asthme...)
- Handicap psychique (troubles bipolaires, troubles dépressifs...)
- Handicap visuel
- Troubles cognitifs acquis (traumatismes crâniens, accidents vasculaires cérébraux...)
- Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA, TDAH)
- Troubles du spectre de l'autisme
- Troubles spécifiques du langage et des apprentissages (DYS)

**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

**Dans le cas d'une Entreprise adaptée :**

Le salarié concerné ouvre-t-il droits aux aides financières spécifiques aux EA ?\*  Oui  Non

\*Cocher «Oui» si le salarié remplit les conditions mentionnées à l'Article L52313-19 du code du travail.

**Type de contrat de travail :**

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

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

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

**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 + charges patronales / durée mensuelle de travail mentionnée au contrat.

## 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 (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 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 + 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 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)*

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 prévu<sup>1</sup>) 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; width: 130px; height: 185px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 128px; height: 185px;"></div>
Aménagement(s) d'horaires		
<div style="border: 1px solid black; height: 185px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 130px; height: 185px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 128px; height: 185px;"></div>
Aménagement(s) technique(s)		
<div style="border: 1px solid black; height: 181px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 130px; height: 181px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 128px; 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 l'employeur s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande ou de la demande de révision.

## ➤ Déclaration par l'employeur des charges mensuelles pérennes<sup>1</sup> 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/contraainte 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			
		<b>Total</b> (doit être égal à la durée mensuelle de travail mentionnée au contrat)	<b>Total</b>		<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>

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.