



# 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](http://www.agefiph.fr)

**ou**

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

**Formulaire simplifié pour renouvellement**

**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 saisissable en ligne ou téléchargeable sur [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr).

## 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	Avis médical circonstancié.

## 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'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.
- 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).

**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.

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 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.

**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 commercial <sup>1</sup>,
- Certifie sur l'honneur que mon activité n'est pas terminée ou suspendue, **au jour du dépôt de la demande**,
- **Certifie sur l'honneur que ma situation de travail est inchangée au regard de la précédente décision de reconnaissance de la lourdeur du handicap, et notamment qu'il n'y a pas eu<sup>2</sup> :**
  - d'évolution du handicap impactant la tenue du poste de travail
  - de changement des tâches réalisées ou du temps passé pour chacune d'elles
  - d'évolution des charges supportées du fait du handicap
  - de changement dans l'aménagement du poste de travail
  - de changement du lieu d'exécution du travail
- 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.

1. Les entreprises du secteur public non industriel et commercial ne sont pas éligibles au dispositif de reconnaissance de la lourdeur du handicap.  
2. En cas de changement de situation il est nécessaire d'utiliser le formulaire dans sa version intégrale. L'Agefiph se réserve également le droit, en cas de présomption de changement de situation, de demander une version intégrale de la demande.

Fait à  Date

Signature du travailleur non salarié et cachet professionnel  
Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

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

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.

**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