



# agefiph

ouvrir l'emploi  
aux personnes handicapées

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)  
ou d'entreprise adaptée (EA)

## 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
  - du lieu d'exercice de l'activité pour un travailleur non salarié

**Attention :** ce formulaire n'est destiné qu'à une entreprise du milieu ordinaire de travail autre qu'une entreprise adaptée, ayant embauché une personne sortie d'ESAT ou d'EA depuis moins d'1 an (ou aux travailleurs non-salariés sortis d'ESAT ou d'EA depuis moins d'1 an).  
Ce formulaire n'est valable que pour une 1ère demande.

## Composition de la demande

Volet A Identification de l'entreprise et engagement du demandeur.

Volet B Identification de la personne concernée.

Volet C Attestation de l'entreprise adaptée ou de l'ESAT.

## 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.
- Si la demande concerne une personne salariée :
  - 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).

**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

**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 :

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 du demandeur

Je soussigné(e),   
 agissant en qualité de **travailleur non salarié ou 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 que la personne handicapée concernée est sortie d'ESAT ou d'EA 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 suspendue<sup>2</sup>, au jour du dépôt de la demande.

**Si vous faites la demande de RLH en tant qu'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 ; 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.
- 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 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 concernées.
- 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 5 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.

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 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"

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

**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

**Je soussigné(e),**

**Agissant en qualité de responsable légal de**

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

En tant que :

**Salarié d'entreprise adaptée** ouvrant droit aux aides financières spécifiques aux EA

Du      (date d'embauche) au      (date de sortie définitive)

**Usager d'ESAT**

Du      (date d'embauche) au      (date de sortie définitive)

ou

Au      (date de démarrage du cumul d'une activité professionnelle à temps partiel en ESAT avec un contrat de travail à temps partiel auprès d'un employeur public ou privé, ou avec une activité indépendante, dans la limite des durées maximales de travail effectif des salariés à temps complet [quotidienne, hebdomadaire et mensuelle])\*

\*Conformément à l'Art. L.344-2 du Code de l'action sociale et des familles

• 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"*