

DÉCLARATION ANNUELLE OBLIGATOIRE D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS, DES MUTILÉS DE GUERRE ET ASSIMILÉS

LISTE NOMINATIVE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2016



N° SIRET au 31-12-2016 :

N° : Rue ou lieu-dit :

Raison sociale :

Code postal : Commune :

Vous devez déclarer dans cette liste tous les salariés appartenant à l'une des catégories de bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (voir la liste des catégories de bénéficiaires en page 2 de la notice explicative) employés par l'établissement en 2016.
Vous pouvez utiliser autant de listes supplémentaires que nécessaires si votre établissement emploie de nombreux bénéficiaires.

Doivent être recensés dans la présente liste :

- Tous les salariés handicapés de l'établissement ayant été présents en 2016, quels que soient la nature de leur contrat de travail, leur temps et leur période de travail, y compris les remplaçants de salariés (absents) dont le contrat de travail a été suspendu, et les titulaires d'un contrat aidé.
- Les salariés bénéficiaires sous contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure.

Les modalités de prise en compte des bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont détaillées en page 3 de la notice explicative.

Doivent être exclus de la présente liste :

- Les salariés handicapés mis à disposition par une entreprise adaptée (EA), un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT). Ils doivent être décomptés en **IV.2** du formulaire principal (page 2).
- Les personnes handicapées accueillies en stage ou en PMSMP par l'établissement. Elles doivent être prises en compte en **IV.3** du formulaire principal (page 2)

1 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2016

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H ☐ F ☐

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case : ☐

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : %

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par la CDAPH

RQTH ☐ AAH ☐ Carte d'invalidité (min. 80%) ☐

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité) %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné

AT-MP ☐ Invalide pensionné ☐

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) : %

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1^{er} ☐ 2^{ème} ☐ 3^{ème} ☐

* Autres catégories

Mutilé de guerre ☐ Assimilé mutilé de guerre ☐ Sapeur pompier volontaire ☐

Date de début de pension :

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous **opté pour la minoration de la contribution** ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez ensuite la date de la décision : et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1 an ☐ 3 ans ☐ définitive ☐ autre ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ☐ ESAT ☐ CDTD ☐

Contrat de travail

Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

- ☐ CDI
- ☐ CDD
- ☐ Intérim
- ☐ Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) :

Valeur résultant de la période de présence dans l'année :

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon, proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance) :

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1)

LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2016 (suite)

Report du résultat obtenu en bas de page précédente ,

2 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2016

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H ☐ F ☐

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case : ☐

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : , %

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par la CDAPH

RQTH ☐ AAH ☐ Carte d'invalidité (min. 80%) ☐

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité) , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné

AT-MP ☐ Invalide pensionné ☐

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) : , %

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1^{er} ☐ 2^{ème} ☐ 3^{ème} ☐

* Autres catégories

Mutilé de guerre ☐ Assimilé mutilé de guerre ☐ Sapeur pompier volontaire ☐

Date de début de pension :

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous **opté pour la minoration de la contribution** ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez ensuite la date de la décision : et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1 an ☐ 3 ans ☐ définitive ☐ autre ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ☐ ESAT ☐ CDTD ☐

Contrat de travail

Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

- ☐ CDI
☐ CDD
☐ Intérim
☐ Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) : X

Valeur résultant de la période de présence dans l'année : X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon, proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance) : =

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

3 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2016

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H ☐ F ☐

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case : ☐

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : , %

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par la CDAPH

RQTH ☐ AAH ☐ Carte d'invalidité (min. 80%) ☐

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité) , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné

AT-MP ☐ Invalide pensionné ☐

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) : , %

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1^{er} ☐ 2^{ème} ☐ 3^{ème} ☐

* Autres catégories

Mutilé de guerre ☐ Assimilé mutilé de guerre ☐ Sapeur pompier volontaire ☐

Date de début de pension :

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous **opté pour la minoration de la contribution** ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez ensuite la date de la décision : et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1 an ☐ 3 ans ☐ définitive ☐ autre ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ☐ ESAT ☐ CDTD ☐

Contrat de travail

Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

- ☐ CDI
☐ CDD
☐ Intérim
☐ Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) : X

Valeur résultant de la période de présence dans l'année : X

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon, proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance) : =

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

Additionnez les résultats obtenus

pour les salariés bénéficiaires déclarés , (à reporter en haut de page suivante si vous avez employé d'autres bénéficiaires)

LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2016 (suite)

6 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2016

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H ☐ F ☐

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case : ☐

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : , %

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par la CDAPH

RQTH ☐ AAH ☐ Carte d'invalidité (min. 80%) ☐

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité) , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné

AT-MP ☐ Invalide pensionné ☐

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) : , %

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1^{er} ☐ 2^{ème} ☐ 3^{ème} ☐

7 Caractéristiques du salarié bénéficiaire en 2016

Département d'emploi si différent de l'adresse d'implantation :

Nom :

Prénom :

Année de naissance : Sexe : H ☐ F ☐

Si le salarié a moins de 26 ans ou 50 ans et plus cochez la case : ☐

Date de première embauche :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2016 ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié est-il à temps partiel ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez le taux de temps partiel : , %

Code PCS-ESE de l'emploi (obligatoire) :

Intitulé de l'emploi :

Types de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

* Reconnaissance attribuée par la CDAPH

RQTH ☐ AAH ☐ Carte d'invalidité (min. 80%) ☐

Date de début de validité :

Date de fin de validité :

Taux d'incapacité : (carte d'invalidité) , %

* Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné

AT-MP ☐ Invalide pensionné ☐

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) : , %

Date de début de validité :

Catégorie de la pension (Invalide Pensionné) 1^{er} ☐ 2^{ème} ☐ 3^{ème} ☐

Report du résultat obtenu en bas de page précédente ,

* Autres catégories

Mutilé de guerre ☐ Assimilé mutilé de guerre ☐ Sapeur pompier volontaire ☐

Date de début de pension :

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous **opté pour la minoration de la contribution** ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez ensuite la date de la décision : et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1 an ☐ 3 ans ☐ définitive ☐ autre ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ☐ ESAT ☐ CDTD ☐

Contrat de travail

Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

☐ CDI
☐ CDD
☐ Intérim
☐ Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) : ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année : ,

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon, proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance) : ,

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

* Autres catégories

Mutilé de guerre ☐ Assimilé mutilé de guerre ☐ Sapeur pompier volontaire ☐

Date de début de pension :

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par l'AGEFIPH et dans ce cas, avez-vous **opté pour la minoration de la contribution** ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez ensuite la date de la décision : et la durée de la décision de lourdeur du handicap : 1 an ☐ 3 ans ☐ définitive ☐ autre ☐

S'agit-il d'un **nouveau** bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? Oui ☐ Non ☐

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA ☐ ESAT ☐ CDTD ☐

Contrat de travail

Indiquez la nature du (ou des) contrat(s) de travail de l'année :

☐ CDI
☐ CDD
☐ Intérim
☐ Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)

Prise en compte du bénéficiaire (cf. notice explicative page 3)

Valeur résultant du temps de travail (0,5 si taux < 50%, 1 sinon) : ,

Valeur résultant de la période de présence dans l'année : ,

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (1 si valable au dernier jour d'emploi ; sinon, proportionnelle à la durée de validité de la reconnaissance) : ,

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) ,

Additionnez les résultats obtenus

pour les salariés bénéficiaires déclarés ,
(à reporter en haut de page suivante si vous avez employé d'autres bénéficiaires)