

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

agefiph
ouvrir l'emploi
aux personnes handicapées

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 ,

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}

*** 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)

*** 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)