

LISTE NOMINATIVE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2009

N° SIRET au 31-12-2009 :

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 pages 2 de la notice explicative) employés par l'établissement en 2009. 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 2009, 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 de professionnalisation ou d'apprentissage.
 - d'un contrat initiative-emploi (CIE), d'un contrat jeune en entreprise (CJE), d'un contrat insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA).
 - d'un contrat emploi consolidé (CEC), d'un contrat d'avenir (CAV), d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) ou, pour les DOM, d'un contrat d'accès à l'emploi ou d'un emploi-jeune.
- 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 par l'établissement. Elles doivent être prises en compte en IV.3 du formulaire principal (page 2).

1 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

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 2009 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2009 ? 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 :

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par la DDTEFP, 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

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) ,

Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

Reconnaissance attribuée par la CDAPH

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

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) : , %

Autres catégories

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2009 (suite)

2 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

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 2009 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2009 ? 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 :

Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire
Reconnaissance attribuée par la CDAPH
 RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

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) : , %

Autres catégories

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par la DDTEFP, 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

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) :

X
X
=

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

3 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

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 2009 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2009 ? 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 :

Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire
Reconnaissance attribuée par la CDAPH
 RQTH AAH Carte d'invalidité (min. 80%)

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) : , %

Autres catégories

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par la DDTEFP, 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

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) :

X
X
=

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 2009 (suite)

Report du résultat obtenu en bas de page précédente ,

6 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

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 2009 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2009 ? 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 :

Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

Reconnaissance attribuée par la CDAPH

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

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) : , %

Autres catégories

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par la DDTEFP, 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

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**) ,

7 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

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 2009 ? Oui Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2009 ? 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 :

Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

Reconnaissance attribuée par la CDAPH

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

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) : , %

Autres catégories

Mutilé de guerre Assimilé mutilé de guerre Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a-t-elle été demandée par votre établissement pour ce salarié et acceptée par la DDTEFP, 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

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 sur une première liste supplémentaire si vous avez employé d'autres bénéficiaires)