

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

LISTE NOMINATIVE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES (suite)

N° SIRET au 31-12-2009 :

Raison sociale :

N° : Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

LISTE SUPPLÉMENTAIRE N°

Commencer la numérotation à 01

Si cette liste est la dernière utilisée, cochez la case.....

Indiquez le nombre de listes utilisées

Report du résultat obtenu sur la liste précédente ,

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

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

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) ,

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 :

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

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

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)

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

Report du résultat obtenu en bas de page précédente ,

5 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) ,

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) ,

Additionnez les résultats obtenus pour les salariés bénéficiaires déclarés ,

(à reporter en haut de page suivante si vous avez employé d'autres bénéficiaires)

