

LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2009

<p>1 Caractéristiques du salarié bénéficiaire</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Année de naissance : _____ Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Date de première embauche : _____</p> <p>Le salarié est-il présent au 31 décembre 2009 ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si NON, indiquez la date de départ : _____</p> <p>Le salarié est-il à temps partiel ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, indiquez le temps en équivalent temps plein : _____</p> <p>Intitulé de l'emploi : _____</p> <p>Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire :</p> <p>RQTH <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité <input type="checkbox"/></p> <p>Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné :</p> <p>AT-MP <input type="checkbox"/> Invalide pensionné <input type="checkbox"/></p> <p>Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10% et non cumulable) : _____ %</p> <p>Autres catégories</p> <p>Mutilé de guerre <input type="checkbox"/> Assimilé mutilé de guerre <input type="checkbox"/> Sapeur pompier volontaire <input type="checkbox"/></p>	<p>La lourdeur du handicap a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP.</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, précisez la date de la décision : _____</p> <p>et la durée de la décision : 1 an <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/></p> <p>Placement antérieur :</p> <p style="text-align: center;">EA <input type="checkbox"/> ESAT <input type="checkbox"/> CDTD <input type="checkbox"/></p> <p>Nature du contrat de travail (au 31/12/2009) :</p> <p><input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)</p> <p>Si la reconnaissance du bénéficiaire a expiré en 2009, indiquez la date : _____</p> <p>S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Ne rien inscrire dans ce cadre</p> <p><input type="checkbox"/> DUPLIC <input type="checkbox"/> MODIF <input type="checkbox"/> ENTREE</p> <p>_____, ____ x _____, ____ x _____, ____ = _____, ____</p>
--	---

<p>2 Caractéristiques du salarié bénéficiaire</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Année de naissance : _____ Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Date de première embauche : _____</p> <p>Le salarié est-il présent au 31 décembre 2009 ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si NON, indiquez la date de départ : _____</p> <p>Le salarié est-il à temps partiel ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, indiquez le temps en équivalent temps plein : _____</p> <p>Intitulé de l'emploi : _____</p> <p>Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire :</p> <p>RQTH <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité <input type="checkbox"/></p> <p>Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné :</p> <p>AT-MP <input type="checkbox"/> Invalide pensionné <input type="checkbox"/></p> <p>Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10% et non cumulable) : _____ %</p> <p>Autres catégories</p> <p>Mutilé de guerre <input type="checkbox"/> Assimilé mutilé de guerre <input type="checkbox"/> Sapeur pompier volontaire <input type="checkbox"/></p>	<p>La lourdeur du handicap a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP.</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, précisez la date de la décision : _____</p> <p>et la durée de la décision : 1 an <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/></p> <p>Placement antérieur :</p> <p style="text-align: center;">EA <input type="checkbox"/> ESAT <input type="checkbox"/> CDTD <input type="checkbox"/></p> <p>Nature du contrat de travail (au 31/12/2009) :</p> <p><input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)</p> <p>Si la reconnaissance du bénéficiaire a expiré en 2009, indiquez la date : _____</p> <p>S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Ne rien inscrire dans ce cadre</p> <p><input type="checkbox"/> DUPLIC <input type="checkbox"/> MODIF <input type="checkbox"/> ENTREE</p> <p>_____, ____ x _____, ____ x _____, ____ = _____, ____</p>
--	---

RQTH : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé - **AAH** : Allocation Adulte Handicapé - **AT** : Accident de Travail - **MP** : Maladie Professionnelle
EA : Entreprise Adaptée - **ESAT** : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail - **CDTD** : Centre de Distribution de Travail à Domicile

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

<p>3 Caractéristiques du salarié bénéficiaire</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Année de naissance : _____ Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Date de première embauche : _____</p> <p>Le salarié est-il présent au 31 décembre 2009 ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si NON, indiquez la date de départ : _____</p> <p>Le salarié est-il à temps partiel ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, indiquez le temps en équivalent temps plein : _____</p> <p>Intitulé de l'emploi : _____</p> <p>Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire :</p> <p>RQTH <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité <input type="checkbox"/></p> <p>Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné :</p> <p>AT-MP <input type="checkbox"/> Invalide pensionné <input type="checkbox"/></p> <p>Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10% et non cumulable) : _____ %</p> <p>Autres catégories</p> <p>Mutilé de guerre <input type="checkbox"/> Assimilé mutilé de guerre <input type="checkbox"/> Sapeur pompier volontaire <input type="checkbox"/></p>	<p>La lourdeur du handicap a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP.</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, précisez la date de la décision : _____</p> <p>et la durée de la décision : 1 an <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/></p> <p>Placement antérieur :</p> <p>EA <input type="checkbox"/> ESAT <input type="checkbox"/> CDTD <input type="checkbox"/></p> <p>Nature du contrat de travail (au 31/12/2009) :</p> <p><input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)</p> <p>Si la reconnaissance du bénéficiaire a expiré en 2009, indiquez la date : _____</p> <p>S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Ne rien inscrire dans ce cadre</p> <p><input type="checkbox"/> DUPLIC <input type="checkbox"/> MODIF <input type="checkbox"/> ENTREE</p> <p>_____, ____ x _____, ____ x _____, ____ = _____, ____</p>
---	--

<p>4 Caractéristiques du salarié bénéficiaire</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Année de naissance : _____ Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Date de première embauche : _____</p> <p>Le salarié est-il présent au 31 décembre 2009 ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si NON, indiquez la date de départ : _____</p> <p>Le salarié est-il à temps partiel ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, indiquez le temps en équivalent temps plein : _____</p> <p>Intitulé de l'emploi : _____</p> <p>Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire :</p> <p>RQTH <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité <input type="checkbox"/></p> <p>Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné :</p> <p>AT-MP <input type="checkbox"/> Invalide pensionné <input type="checkbox"/></p> <p>Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10% et non cumulable) : _____ %</p> <p>Autres catégories</p> <p>Mutilé de guerre <input type="checkbox"/> Assimilé mutilé de guerre <input type="checkbox"/> Sapeur pompier volontaire <input type="checkbox"/></p>	<p>La lourdeur du handicap a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP.</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, précisez la date de la décision : _____</p> <p>et la durée de la décision : 1 an <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/></p> <p>Placement antérieur :</p> <p>EA <input type="checkbox"/> ESAT <input type="checkbox"/> CDTD <input type="checkbox"/></p> <p>Nature du contrat de travail (au 31/12/2009) :</p> <p><input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Mise à disposition (hors ESAT, EA et CDTD)</p> <p>Si la reconnaissance du bénéficiaire a expiré en 2009, indiquez la date : _____</p> <p>S'agit-il d'un nouveau bénéficiaire de l'obligation d'emploi, qui était chômeur de longue durée avant l'embauche ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Ne rien inscrire dans ce cadre</p> <p><input type="checkbox"/> DUPLIC <input type="checkbox"/> MODIF <input type="checkbox"/> ENTREE</p> <p>_____, ____ x _____, ____ x _____, ____ = _____, ____</p>
---	--

RQTH : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé - AAH : Allocation Adulte Handicapé - AT : Accident de Travail - MP : Maladie Professionnelle
EA : Entreprise Adaptée - ESAT : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail - CDTD : Centre de Distribution de Travail à Domicile

L'**effectif d'assujettissement** est calculé selon les règles définies à l'article L. 1111-2 du Code du travail.

1. Doivent être pris en compte dans le calcul de l'effectif d'assujettissement :

- les salariés titulaires d'un contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein et les travailleurs à domicile. Ils sont pris en compte intégralement dans l'effectif s'ils sont présents dans l'établissement au 31 décembre 2009 et au prorata de leur durée hebdomadaire de travail s'ils sont à temps partiel. Ils ne comptent pas du tout s'ils sont partis avant le 31 décembre.
- sont pris en compte au prorata de leur temps de présence au cours des douze derniers mois :
 - les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée (CDD) ou d'un contrat de travail intermittent ;
 - les travailleurs mis à disposition par une entreprise extérieure pendant au moins 1 an et présents au 31 décembre ;
 - les intérimaires ;
 - les saisonniers ;
 - les emplois jeunes ;
 - les contrats jeunes en entreprise (CJE) ;
- les salariés à temps partiel, quelle que soit la nature de leur contrat de travail sont pris en compte en divisant la somme totale des horaires inscrits dans leurs contrats de travail par la durée légale ou conventionnelle du travail.
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu sont comptabilisés en fonction du nombre d'heures prévues au contrat.

2. Doivent être exclus du calcul de l'effectif d'assujettissement :

- les remplaçants en CDD, intérim ou mis à disposition, de salariés inscrits à l'effectif ;
- les stagiaires de la formation professionnelle en alternance ;
- les apprentis ;
- les salariés sous contrat de professionnalisation ;
- les salariés en contrat aidé : contrat initiative emploi (CIE), contrat d'avenir (CAV), contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), les bénéficiaires d'un contrat insertion - revenu minimum d'activité (CI-RMA).

LISTE DES BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI N°87-517 DU 10 JUILLET 1987 MODIFIÉE

(Articles L 323-3 et L 323-5) du code du travail

- 1) Les **travailleurs ayant la Reconnaissance de la Qualité de Travailleurs Handicapés (RQTH) attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**, qui a repris depuis le 1^{er} janvier 2006 les compétences et fonctions anciennement dévolues aux COTOREP) mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.
- 2) Les **victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT-MP)** ayant entraîné une *incapacité permanente au moins égale à 10 %* et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de Sécurité Sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire.
- 3) Les **titulaires d'une pension d'invalidité** attribuée au titre du régime général de Sécurité Sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics, à condition *que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain*.
- 4) Les **personnes mentionnées** à l'article L.394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, notamment :
 - les invalides de guerre titulaires d'une pension militaire d'invalidité en raison de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées dans le cadre du service au cours des guerres ou des campagnes de guerre ;
 - les victimes civiles de la guerre ou d'un acte de terrorisme ;
 - les sapeurs pompiers volontaires victimes d'un accident ou atteints d'une maladie contractée en service (également mentionnés au 9° de l'article L.5212-13 du code du travail) ;
 - les personnes qui dans le cadre de leurs fonctions professionnelles au service de la collectivité ou de leurs fonctions électives au sens du code électoral, ou lors d'une mission d'assistance à personne en danger, ont subi une atteinte à leur intégrité physique, contracté ou vu s'aggraver une maladie induisant une incapacité permanente de poursuivre leur activité professionnelle.
- 5) Les **personnes mentionnées** aux articles L.395 et L.396 du même code, notamment :
 - les conjoints, concubins et partenaires liés par un PACS d'un militaire bénéficiant d'une pension pour aliénation mentale, ou d'une personne mentionnée à l'article L.394 décédée ou disparue dans des circonstances définies dans cet article (cf. 4) ;
 - les personnes ayant la charge de l'enfant mineur d'une personne citée au 4) ou titulaire d'une pension pour aliénation mentale ;
 - les orphelins de guerre et pupilles de la nation de moins de 21 ans ;
 - les enfants de moins de 21 ans de militaires titulaires d'une pension pour aliénation mentale, et de personnes mentionnées à l'article L.394 (cf. 4)) dont le décès, la disparition ou l'incapacité de pourvoir à leurs obligations et à leurs charges de famille est imputable aux situations énumérées à cet article.
- 6) Les **titulaires de la carte d'invalidité** définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.
- 7) Les **titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**.