

Adresse de l'unité territoriale ou de la DIECCTE
à laquelle vous devez retourner le formulaire

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

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011
(Cinquième partie, Livre II, titre I^{er}, chapitre II du Code du travail)

Date limite d'envoi : 15 février 2012

I. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

I.1. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT :

N° SIRET au 31-12-2011 :

Code APE :

Si les informations préimprimées à gauche sont inexactes, vous devez les corriger
ici et indiquer le motif en cochant la case correspondant à votre situation :

N° SIRET au 31-12-2011 :

Code APE :

Enseigne :

Raison sociale

BP :

Nom d'utilisateur Télé-DOETH :

Mot de passe Télé-DOETH :

Si votre établissement a l'autonomie de gestion du personnel,
votre déclaration inclut-elle les effectifs d'autre(s) établissement(s)
n'ayant pas cette autonomie de gestion ? Oui Non

Si votre établissement n'a pas l'autonomie de gestion, indiquez le SIRET sous
lequel son effectif est intégré :

Dans ce dernier cas, le remplissage de la déclaration s'achève. Vous devez la signer
en page 4 et la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page.

N° Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

Motif de la correction :

VENTE D'ÉTABLISSEMENT DÉMÉNAGEMENT

ACHAT D'ÉTABLISSEMENT ADRESSE INCOMPLÈTE

FUSION D'ÉTABLISSEMENTS INFORMATIONS ERRONÉES

CHANGEMENT DE STATUT LIQUIDATION JUDICIAIRE

I.2. ADRESSE D'ENVOI DU FORMULAIRE DE DÉCLARATION :

Le formulaire vous a été envoyé à l'adresse préimprimée figurant à droite. Si vous souhaitez qu'il soit envoyé à une autre adresse, par exemple à un autre
établissement de votre société, utilisez cette colonne ci-dessous :

N° Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

A l'attention de M. ou Mme

I.3. INFORMATIONS GÉNÉRALES :

Indiquez les coordonnées de la personne à contacter pour toutes informations complémentaires :

Nom : Prénom : Téléphone :

Télécopie : Courriel :

II. L'ASSUJETTISSEMENT A L'OBLIGATION D'EMPLOI

- L'établissement a-t-il moins de 20 salariés au 31 décembre 2011 (le nombre de salariés en CDI est apprécié à cette date ;
les autres salariés sont calculés au prorata de leur temps de présence
même s'ils ne font plus partie de l'effectif au 31 décembre) OUI NON Si oui, indiquez l'effectif :
- L'établissement a-t-il fermé définitivement avant le 31 décembre 2011 ? OUI NON Si oui, indiquez la date :
→ Si vous avez coché OUI aux cas 1 ou 2, l'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'emploi en 2011. Le remplissage de la déclaration s'achève.
Vous devez la signer en page 4 avant de la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1. Sinon, poursuivez ci-dessous son remplissage :
- L'établissement a-t-il été créé en 2009, 2010, 2011 ? OUI NON Si oui, indiquez l'année :
- L'établissement a-t-il passé pour la première fois le seuil des 20 salariés en 2009, 2010, 2011 ? OUI NON Si oui, indiquez l'année :
→ Si vous avez coché OUI aux cas 3 ou 4, l'établissement n'est pas assujéti en 2011. Vous devez obligatoirement déclarer l'effectif (III) en page 2 et
répondre aux questions IV.1, IV.2 et IV.4 avant de signer ce formulaire en page 4 et de le renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1.
Si vous avez répondu NON, continuez le remplissage de la déclaration page suivante en III.

III. CALCUL DE L'OBLIGATION LÉGALE D'EMPLOI

Vous devez dans cette partie calculer l'effectif d'assujettissement de votre établissement, selon les règles définies à l'article L. 1111-2 du Code du travail (pour le calcul, voir la notice explicative page 2), et le nombre de bénéficiaires que l'établissement aurait dû employer en 2011.

Pour les établissements hors Mayotte :

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de votre établissement en 2011 (arrondi à l'entier inférieur) × 6 % =

A (multipliez par 0,06)

Pour Mayotte :

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de votre établissement en 2011 (arrondi à l'entier inférieur) × 2 % =

A (multipliez par 0,02)

Nombre de bénéficiaires que votre établissement devait employer en 2011 :

B

arrondir à l'entier inférieur (ignorer les chiffres après la virgule) exemple : 24 pour 24,3 ; ou 7 pour 7,94

IV. MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

IV.1. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL EMPLOYÉ DES BÉNÉFICIAIRES EN 2011 ?

OUI Si oui, remplissez la «liste nominative des salariés bénéficiaires» jointe au présent document en indiquant quels sont les bénéficiaires que l'établissement a employés en 2011. Additionnez la valeur obtenue pour chacun d'eux et reportez le résultat ci-contre en **C**, puis poursuivez le remplissage de la déclaration en **IV.2**.

NON Si non, indiquez 0 en **C** et poursuivez le remplissage de la déclaration en **IV.2**.

Total du nombre de bénéficiaires employés en 2011

C

(arrondir 2 chiffres après la virgule) exemple : 1,36 pour 1,364 ; 1,37 pour 1,365

IV.2. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL SIGNÉ EN 2011 DES CONTRATS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS SUIVANTS :

entreprises adaptées (EA), centres de distribution de travail à domicile (CDTD), établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) ?

OUI Si oui, distinguez les types de contrat et le nombre d'unités qui leur sont associées. Reportez ensuite le total général ci-contre en **D**. Ce total ne peut être supérieur à 50 % de l'obligation d'emploi de l'établissement calculé en **B**. Joignez les pièces justificatives puis poursuivez le remplissage de la déclaration en **IV.3**.

Types de contrat :

Total des unités associées :

<input type="checkbox"/> Contrats de fourniture, de sous-traitance ou de prestation de service	<input type="text"/>	}
<input type="checkbox"/> Mise à disposition de travailleur(s) handicapé(s) par des EA, des CDTD ou des ESAT	<input type="text"/>	

NON Si non, indiquez 0 en **D** et poursuivez le remplissage de la déclaration en **IV.3**.

Total général du nombre d'unités à retenir résultant des contrats conclus en 2011

D

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

IV.3. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL ACCUEILLI EN 2011 DES STAGIAIRES HANDICAPÉS ?

Seuls les stages d'au moins 40 heures et terminés en 2011 peuvent être retenus. Attention ! Depuis 2009, la liste des types de stages reconnus s'est élargie ; pour la connaître, consultez la notice explicative en page 4. Les catégories de personnes handicapées reconnues sont celles définies en page 2 de la notice explicative.

OUI Si oui, indiquez la durée annuelle du travail de l'établissement (en heures) :
 Additionnez le nombre d'unités que chacun des stagiaires représente (voir notice explicative page 4). Le total ne peut excéder 2 % de l'effectif d'assujettissement de l'établissement calculé en **A**. Reportez ensuite le total obtenu ci-contre en **E**.
 Joignez les conventions de stage à la déclaration et poursuivez le remplissage en **IV.4**.

NON Si non, indiquez 0 en **E**, puis poursuivez le remplissage de la déclaration en **IV.4**.

Total du nombre d'unités résultant de l'accueil de stagiaires handicapés en 2011

(maximum 2 % de **A**) :

E

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

IV.4. L'ÉTABLISSEMENT EST-IL CONCERNÉ PAR UN ACCORD SPÉCIFIQUE À L'EMPLOI DE TRAVAILLEURS HANDICAPÉS EN VIGUEUR EN 2011 ?

OUI Si oui, indiquez le type d'accord : de branche de groupe d'entreprise d'établissement
 Suivant l'accord cochez la case : CRF-FEHAP-SYNEAS (géré par l'association OETH) CREDIT AGRICOLE CAISSE D'ÉPARGNE LEEM

Date de l'accord : / / Département d'accord :

Pensez à joindre à votre déclaration l'état d'avancement du programme prévu par l'accord et à remplir la liste des salariés handicapés de l'établissement.

ATTENTION ! LA DÉCLARATION N'EST PAS TERMINÉE : vous devez poursuivre en IV.5, afin de calculer le montant de la contribution théorique qui aurait éventuellement dû être payée à l'AGEFIPH en l'absence d'accord. Ce calcul est nécessaire pour la détermination et le réajustement annuel du budget prévisionnel de l'accord, comme pour le contrôle de son application. Il est également utile si l'accord prévoit un dispositif spécifique de versement de contribution (exemples : CRF-FEHAP-SYNEAS, Crédit agricole, Caisse d'épargne, LEEM).

NON Continuez le remplissage de la déclaration en **IV.5** (ci-dessous).

IV.5. CALCUL DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES MANQUANTS

Calculez à présent le nombre de bénéficiaires employés et/ou d'unités équivalentes en 2011 en additionnant **C+D+E**. Déduisez le résultat obtenu du nombre de bénéficiaires(s) que l'établissement devait employer en 2011 (**B**) pour obtenir le nombre de bénéficiaires manquants.

Reportez ici le nombre de bénéficiaires que l'établissement devait employer en 2011

B

Additionnez ici le nombre de bénéficiaires employés et/ou d'unités équivalentes en 2011

C + D + E

=

Nombre de bénéficiaires manquants (Si **F** est inférieur ou égal à 0, indiquez 0) :

F

Quelle est votre situation ? **F est égal à 0** : l'obligation d'emploi a été remplie au titre de l'année 2011. **L'établissement n'a pas de contribution à calculer. Vous avez terminé le remplissage de la déclaration.** Vous devez la signer en bas de la page 4 et la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1.

F est supérieur à 0 : l'obligation d'emploi n'a pas été remplie avec **C + D + E**. Poursuivez le remplissage de la déclaration en **V**.

V. MODALITÉS DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION ET VERSEMENT (suite)

V.4. CALCUL DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION AVANT DÉPENSES DÉDUCTIBLES

Le calcul de la contribution dépend du % d'ECAP de votre établissement. Appliquez la formule correspondant à la situation de votre établissement :

➔ Si le % d'ECAP (H) est égal à 0, appliquez la formule suivante et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.5 :

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{} \times \text{Taux du SMIC horaire} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

➔ Si le % d'ECAP (H) est > à 0 et < 80 appliquez les formules suivantes et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.5 :

1. Calculez le coefficient de minoration au titre de la part des emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières (ECAP) :

$$1 - (1,3 \times \boxed{}, \boxed{} \%) = \boxed{}, \boxed{}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

2. Calculez le nombre de bénéficiaires manquants minoré au titre de la part des ECAP :

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{}, \boxed{} = \boxed{}, \boxed{}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

3. Calculez le montant de la contribution :

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{} \times \text{Taux du SMIC horaire} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

ATTENTION : le montant de votre contribution avant dépenses déductibles ne peut être inférieur à 50 SMIC horaire, notamment si vous avez un nombre de bénéficiaires manquants minoré au titre de la part des ECAP égal à 0. Pour le vérifier, appliquez la formule de la "contribution plancher" :

$$\boxed{}, \boxed{} \times 50 \times \text{Taux du SMIC horaire} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

Si L est supérieur à K, le montant de votre contribution avant dépenses déductibles est le résultat obtenu en L.

➔ Si le % d'ECAP (H) est > ou = à 80, appliquez la formule suivante et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.5 :

$$\boxed{}, \boxed{} \times 40 \times \text{Taux du SMIC horaire} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

V.5. DÉPENSES DÉDUCTIBLES (ne pas renseigner en cas d'accord)

Si votre établissement ne relève pas d'un accord agréé en faveur de travailleurs handicapés, et s'il a effectué en 2011 des dépenses déductibles, indiquez le montant de ces dépenses en N, dans la limite de 10% du montant de la contribution avant dépenses déductibles (calculé en J, K, L ou M selon la situation de l'établissement). Poursuivez ensuite en V.6.

Sinon, indiquez 0 en N et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.6.

$$\boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(plafonné à 10% du montant obtenu en J, K, L ou M)

N

V.6. MONTANT DE LA CONTRIBUTION APRES DÉPENSES DÉDUCTIBLES

Pour calculer le montant de votre contribution après dépenses déductibles, appliquez la formule suivante :

$$\boxed{\text{Montant de la contribution avant dépenses déductibles obtenu en J, K, L ou M selon la situation de l'établissement}} - \boxed{\text{Montant des dépenses déductibles en N}} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

P

Le remplissage de la déclaration s'achève. Joignez les pièces justificatives des minorations à l'envoi de la déclaration.

Signez la déclaration au bas de cette page et envoyez-la à l'adresse indiquée en haut de page 1. Cette déclaration doit être accompagnée de la liste nominative des salariés bénéficiaires si l'établissement a employé des bénéficiaires et des pièces justifiant des modalités déclarées en IV. Si vous ne relevez pas d'un accord agréé en faveur des travailleurs handicapés, votre contribution doit être versée à l'AGEFIPH avant le 15 février 2012 (voir modalités du versement en page 8 de la notice explicative). Si vous relevez d'un accord de branche, votre contribution doit être versée aux associations listées sur la notice explicative page 8.

Date de la déclaration : Jour Mois Année

Signature de la personne responsable :
(Obligatoire)

Nom de la personne responsable (Obligatoire)

Téléphone de la personne responsable (Obligatoire)