

Identification de la personne handicapée

M. Mme Mlle

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal Ville :

Téléphone : Fax :

Titre de bénéficiaire :

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la CDAPH (ex Cotorep)
- Titulaire d'une pension d'invalidité avec réduction de 2/3 de leur capacité de travail ou de gain
- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une IPP au moins égal à 10% et titulaire d'une rente
- Uniquement titulaire de l'AAH Uniquement titulaire de la carte d'invalidité
- Autre (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés...)
- Justificatif d'attente de la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la CDAPH (ex Cotorep)
- Justificatif d'attente d'une pension d'invalidité
- Justificatif d'attente d'une rente d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- Justificatif d'attente de l'AAH Justificatif d'attente de la carte d'invalidité
- Justificatif d'attente d'une autre catégorie prévue dans l'article L5212 -13 du code du travail (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés...)

Dates de validité du justificatif du statut :

Valable du / / au / / ou Attribué à titre définitif

Nature du handicap principal : Déficience motrice Maladie invalidante Déficience visuelle Déficience auditive
 Handicap mental Handicap psychique Multihandicaps

Niveau de formation : Niveau VI (sans formation) Niveau V bis (3^{ème}) Niveau V (BEP, CAP)
 Niveau IV (Bac) Niveau III (Bac + 2) Niveau I à II (Bac + 3 et plus)

Contrat de travail donnant lieu à la prescription

Nature du contrat : A durée indéterminée
 A durée déterminée (12 mois et plus) : indiquer la date de fin de contrat : / /
 Activité non salariée

Niveau de qualification : Manœuvres, Ouvriers spécialisés Ouvriers qualifiés Employés non qualifiés
 Employés qualifiés Agents de maîtrise, techniciens, Cadres

Pièces justificatives obligatoires à transmettre :

- Le présent formulaire complété, signé et cacheté par l'employeur et le prescripteur :
- La copie du justificatif de la qualité de travailleur handicapé (selon l'article L5212-13 du code du travail) **ou**
- La copie du justificatif de l'attente de la qualité de travailleur handicapé (selon l'article L5212-13 du code du travail)
- Le relevé d'identité bancaire de l'employeur ou du travailleur indépendant (compte professionnel)

l'Agefiph se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives complémentaires

Avis du médecin du travail

Avis du médecin du travail : Avis d'inaptitude Avis d'aptitude avec réserve ou aménagement Avis simple

Avis du médecin traitant : A cocher dans le cas d'un travailleur handicapé non salarié

Partie à remplir par l'organisme prescripteur de l'aide au Maintien

SAMETH

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Nom Prénom de la personne à contacter :

Adresse mail : Téléphone :

Exposé de la situation nécessitant une recherche de solution de maintien et validation de la pertinence de l'aide pour répondre à un besoin ou à la situation

Organisme - Signature, date et cachet

Le formulaire et les pièces justificatives sont à adresser à votre Délégation Régionale Agefiph dont vous trouverez les coordonnées en appelant le **0811 37 38 39** ou sur **www.agefiph.fr**



plus d'infos sur www.agefiph.fr

Obligations de l'employeur :

- L'employeur doit avoir signé (et cacheté le cas échéant) le présent formulaire.
- L'employeur s'engage à produire les pièces justificatives relatives à la situation de maintien que l'Agefiph pourrait demander dans le cadre d'un contrôle dans un délai de trois ans à compter du versement de l'aide au maintien.

La prescription sera validée :

- sous réserve de la production et de la conformité de l'intégralité des pièces justificatives requises, telles que mentionnées ci-dessus.
- Dans la limite des crédits budgétaires disponibles.

L'employeur ou le travailleur indépendant bénéficiaire de l'aide est informé :

- qu'il sera tenu de restituer l'aide perçue dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'un courrier de mise en demeure adressé en recommandé avec accusé de réception, dans l'une ou l'autre des hypothèses suivantes :
 - Inobservation de l'une quelconque des dispositions résultant des présentes conditions générales,
 - Usage de faux ou de déclaration mensongère,
 - Obstruction de quelque manière que ce soit au contrôle mentionné ci-dessus ;

L'employeur ou le travailleur indépendant bénéficiaire de l'aide déclare :

- Qu'il s'engage dans une démarche de recherche de solution de maintien dans l'emploi d'une personne ayant la qualité de travailleur handicapé ou en voie de l'obtenir.
- Qu'il est à jour des versements de ses cotisations et contributions sociales ;
- Qu'il n'a pas fait l'objet d'un procès-verbal pour travail illégal ;
- Que la relation contractuelle avec la personne handicapée est en cours d'exécution au jour du dépôt de la demande (l'aide au maintien ne pourra être versée si le salarié n'est plus dans l'emploi ou est en cours de préavis) ;
- Qu'il accepte la communication, à des fins d'évaluation, par l'Agefiph à des prestataires mandatés des informations contenues dans le présent dossier, ceci sans préjudice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées¹
- Qu'il accepte la transmission par l'Agefiph à l'organisme prescripteur de l'aide au maintien, d'informations concernant la présente demande. En cas de refus, cocher la case
- Qu'il est informé de la règle de non-cumul avec l'indemnité temporaire d'inaptitude versée par la Sécurité Sociale.

Nom et qualité de l'employeur ou du travailleur indépendant bénéficiaire de l'aide :

.....

Signature, date et cachet

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

¹ Les informations communiquées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique qui a obtenu l'avis favorable n° 252219 de la Commission Nationale Informatique et Liberté depuis le 21 octobre 1991. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adresserez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).

AIDE AU MAINTIEN

Notice explicative du dossier-formulaire

Mémo

Notez ici les éléments à ne pas oublier :

Votre contact SAMETH :

.....

Son numéro de téléphone :

Date d'envoi de votre dossier à l'Agefiph : / /

Numéro de votre dossier Agefiph :

(il vous sera communiqué dans un courrier que vous recevrez prochainement)

▲ Comment se passe l'attribution de l'Aide au maintien dans l'emploi ?

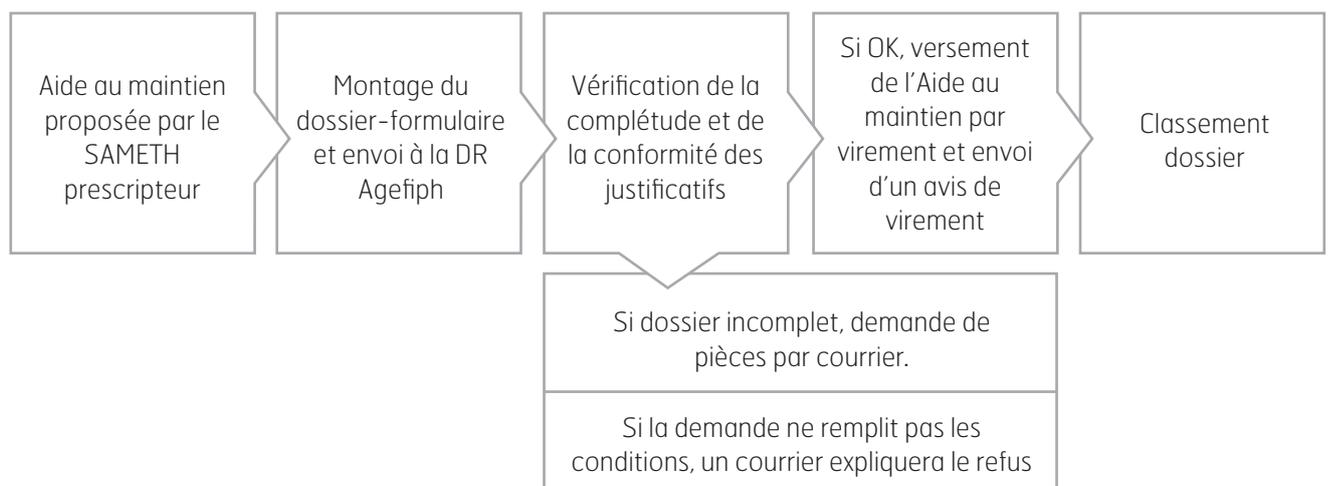
La mise en place de l'Aide au maintien doit obligatoirement être validée par le prescripteur SAMETH.

Le dossier-formulaire doit ensuite être complété par l'employeur (ou le travailleur handicapé exerçant une activité non salariée) et le prescripteur SAMETH, qui doivent le signer tous les deux, puis l'adresser, accompagné des justificatifs mentionnés, à la Délégation régionale Agefiph.

A réception du dossier-formulaire par la DR Agefiph :

- Nous vérifierons que votre demande remplit les conditions d'attribution.
- Si des informations ou des justificatifs manquent, nous les demanderons par courrier.

La décision vous sera notifiée par courrier : dans le cas d'un avis favorable vous recevrez un avis de virement de l'aide au maintien; dans le cas d'un avis défavorable un courrier vous expliquera les motifs du refus.



Les décisions prises par l'Agefiph peuvent faire l'objet d'une demande de réexamen dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification de décision.

Pour être recevable, la demande de réexamen doit être motivée et doit justifier d'un fait nouveau.

Toutefois aucun réexamen d'un refus motivé par l'épuisement des crédits budgétaires ne pourra être accepté.

▲ Comment remplir le dossier-formulaire d'Aide au maintien ?

Identification de l'employeur ou du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée :

Siret	Inscrire le numéro de siret (14 chiffres) identifiant l'établissement.
Code NAF 2008	Indiquer le code NAF 2008 (4 chiffres et une lettre) concernant l'activité principale de l'établissement.
Raison sociale	Indiquer la dénomination sociale de l'établissement où travaille le salarié handicapé ou la raison sociale du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée (à défaut, indiquer ses nom et prénom).
Adresse code postal et ville	Indiquer avec précision l'adresse postale de l'établissement.
Type d'employeur	Cocher la case correspondante.
Effectif salarié de l'établissement	Indiquer l'effectif total salarié au 31 décembre dernier.
L'établissement emploie-t-il des personnes handicapées ?	Indiquer le nombre de personnes handicapées employées au sein de l'établissement en incluant le salarié concerné par la présente demande d'aide au maintien.
Personne à contacter	Indiquer les coordonnées de la personne à qui seront adressés les courriers relatifs à la présente demande d'aide au maintien.
Responsable légal	Indiquer les nom et prénom du représentant légal doté de la capacité juridique.

Identification de la personne handicapée :

Nom d'usage	À renseigner si différent du nom de naissance (nom d'épouse)
Prénom	Indiquer le prénom courant de la personne handicapée
Date de naissance	À renseigner sous forme JJ/MM/AAAA (par exemple 07/03/1965 pour le 7 mars 1965).
Justificatif du statut de personne handicapée	Cocher la case correspondant au justificatif du statut de bénéficiaire de la loi (selon l'article L5212-13 du code du travail) dont relève la personne handicapée, et en indiquer les dates de validité sous forme JJ/MM/AAAA ou cocher la case si le statut de bénéficiaire a été octroyé à titre définitif.

Nature du handicap principal Cocher « déficience motrice » dans le cas d'une maladie ostéo-articulaire, d'une affection cérébrale ou médullaire ou neuro-musculaire entraînant des troubles de la motricité notamment des membres supérieurs et inférieurs ; « Maladie invalidante » dans le cas d'une maladie respiratoire, digestive, endocrine, infectieuse ou parasitaire ; « handicap mental » dans le cas d'une déficience intellectuelle, « handicap psychique » dans le cas d'une maladie mentale, « Multihandicaps » dans le cas d'une association de déficiences motrices, intellectuelles voire sensorielles sévères, et entraînant une restriction importante de l'autonomie.

Contrat de travail donnant lieu à la prescription :

Niveau de qualification Cocher la case correspondant au poste occupé dans le cas d'un salarié handicapé. Dans le cas d'un travailleur handicapé exerçant une activité non salariée, cocher « cadre ».

Rappel : le dossier-formulaire doit être complété et signé par le prescripteur et l'employeur ou le travailleur handicapé exerçant une activité non salariée

N'oubliez pas de joindre tous les justificatifs demandés !



contactez-nous de 9h à 18h

0 811 37 38 39

coût d'un appel local depuis un poste fixe

www.agefiph.fr

Obligations de l'employeur :

- L'employeur doit avoir signé (et cacheté le cas échéant) le présent formulaire.
- L'employeur s'engage à produire les pièces justificatives relatives à la situation de maintien que l'Agefiph pourrait demander dans le cadre d'un contrôle dans un délai de trois ans à compter du versement de l'aide au maintien.

La prescription sera validée :

- sous réserve de la production et de la conformité de l'intégralité des pièces justificatives requises, telles que mentionnées ci-dessus.
- Dans la limite des crédits budgétaires disponibles.

L'employeur ou le travailleur indépendant bénéficiaire de l'aide est informé :

- qu'il sera tenu de restituer l'aide perçue dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'un courrier de mise en demeure adressé en recommandé avec accusé de réception, dans l'une ou l'autre des hypothèses suivantes :
 - Inobservation de l'une quelconque des dispositions résultant des présentes conditions générales,
 - Usage de faux ou de déclaration mensongère,
 - Obstruction de quelque manière que ce soit au contrôle mentionné ci-dessus ;

L'employeur ou le travailleur indépendant bénéficiaire de l'aide déclare :

- Qu'il s'engage dans une démarche de recherche de solution de maintien dans l'emploi d'une personne ayant la qualité de travailleur handicapé ou en voie de l'obtenir.
- Qu'il est à jour des versements de ses cotisations et contributions sociales ;
- Qu'il n'a pas fait l'objet d'un procès-verbal pour travail illégal ;
- Que la relation contractuelle avec la personne handicapée est en cours d'exécution au jour du dépôt de la demande (l'aide au maintien ne pourra être versée si le salarié n'est plus dans l'emploi ou est en cours de préavis) ;
- Qu'il accepte la communication, à des fins d'évaluation, par l'Agefiph à des prestataires mandatés des informations contenues dans le présent dossier, ceci sans préjudice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées¹
- Qu'il accepte la transmission par l'Agefiph à l'organisme prescripteur de l'aide au maintien, d'informations concernant la présente demande. En cas de refus, cocher la case
- Qu'il est informé de la règle de non-cumul avec l'indemnité temporaire d'inaptitude versée par la Sécurité Sociale.

¹ Les informations communiquées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique qui a obtenu l'avis favorable n° 252219 de la Commission Nationale Informatique et Liberté depuis le 21 octobre 1991. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adresserez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).