

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

#### Arrêté du 19 juillet 2012 relatif au modèle de formulaire de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

NOR : ETS1207722A

Le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social,  
Vu le code du travail, notamment son article R. 5213-42,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap doit être présentée au moyen du formulaire, dont le modèle est annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 juillet 2012.

MICHEL SAPIN

## ANNEXE



Dossier RLH version finale validée.doc 19/07/2012

Cadre réservé à l'Agefiph

## Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

N° dossier : <Di>  
Reçu le :  
Complet le :  
Date limite justificatifs  
Date relance  
Décision le :

### A qui adresser ce dossier ?

Ce dossier doit être adressé **sous pli recommandé avec accusé de réception** à la Délégation Régionale Agefiph<sup>1</sup> de la région de l'établissement employeur du salarié concerné ou du lieu d'exercice de l'activité pour les travailleurs exerçant une activité non-salariée

## sommaire

- Identification de l'employeur ou du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée
- Identification de la personne handicapée
- Informations relatives au contrat de travail ou à l'activité non salariée
- Information du salarié du dépôt d'une demande de RLH
- Engagement de l'employeur ou du travailleur handicapé exerçant une activité non salariée
- Avis circonstancié du médecin du travail (dans le cas d'un contrat de travail)
- Tableau des aménagements réalisés et prévus
- Tableau d'évaluation par l'employeur des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal
- Récapitulatif du contenu d'un dossier RLH complet

*Une notice explicative est jointe au présent dossier.*

<sup>1</sup> Les adresses des Délégations régionales de l'Agefiph sont précisées dans la notice jointe au présent dossier, et sont également disponibles sur [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr).

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

Première demande Renouvellement Demande de révision 

En cas de renouvellement ou de demande de révision, préciser la date d'échéance de l'ancienne décision :

Cocher si l'employeur est le travailleur handicapé

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Enseigne : \_\_\_\_\_

Siret ou n° MSA \_\_\_\_\_

Code NAF 2008 \_\_\_\_\_ Code APE \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Type employeur (cf. notice) \_\_\_\_\_

Effectif salarié de l'établissement au 31 décembre : \_\_\_\_\_

Effectif TH de l'établissement au 31 décembre : \_\_\_\_\_

Etablissement assujéti à l'obligation d'emploi au 31/12 dernier ? Oui  Non   
(article L5212-13 du code du travail)

Si oui préciser l'effectif d'assujettissement correspondant \_\_\_\_\_

Etablissement signataire d'un accord agréé OETH ? <accord agréé> \_\_\_\_\_

Si oui préciser :

la date d'agrément \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_

la date de début de l'accord \_\_\_\_\_ la date de fin de l'accord \_\_\_\_\_

Accord de branche  Accord d'établissement, d'entreprise ou de groupe  \_\_\_\_\_

Représentant légal : Civilité \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Personne à contacter : Civilité \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Identification de la personne handicapée

Prénom	<input type="text"/>	Nom de naissance	<input type="text"/>	Nom d'usage	<input type="text"/>	
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/>	Date de naissance	<input type="text"/>	Département de naissance	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>		
Autre téléphone	<input type="text"/>		e-mail	<input type="text"/>		
Titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi	<input type="checkbox"/> RQTH <input type="checkbox"/> Titulaire d'une rente d'AT ou d'une maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Titulaire de l'AAH <input type="checkbox"/> Titulaire de la carte d'invalidité <input type="checkbox"/> Notification CDES ou CDAPH <input type="checkbox"/> Pensionné de guerre ou assimilé <input type="checkbox"/> Autre catégorie					
Début de validité	<input type="text"/>	Fin de validité	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Attribué à titre définitif		
<input type="checkbox"/> cocher si taux d'invalidité ou d'IPP d'au moins 80%	Nature du handicap	<input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Handicap mental <input type="checkbox"/> Handicap psychique <input type="checkbox"/> Maladie invalidante <input type="checkbox"/> Déficience motrice <input type="checkbox"/> Polyhandicap				
Niveau de formation	<input type="checkbox"/> Egal ou supérieur à la licence (Niveau I et II) <input type="checkbox"/> BTS ou DUT (Niveau III) <input type="checkbox"/> Baccalauréat technique ou Brevet de technicien (Niveau IV) <input type="checkbox"/> BEP ou CAP (Niveau V) <input type="checkbox"/> Brevet des Collèges (Niveau V bis) <input type="checkbox"/> Pas de formation au delà de la scolarité obligatoire (Niveau VI)					

## Contrat de travail ou activité non salariée

CDI  CDD  Intérim  Date d'embauche /  Date de fin  
 activité non salariée  de début d'activité de CDD

Type de CUI-CIE  CUI-CAE  Contrat d'apprentissage  Contrat de professionnalisation   
 contrat aidé autre contrat aidé par l'Etat  (préciser : .....)

Intitulé du poste de travail ou de l'activité exercée

Catégorie de poste occupé

- Agriculteurs exploitants
- Artisans
- Cadres d'entreprise
- Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
- Commerçants et assimilés
- Contremaîtres, agents de maîtrise
- Employés administratifs d'entreprise
- Employés de commerce
- Ouvriers agricoles
- Ouvriers non qualifiés
- Ouvriers qualifiés
- Personnels des services directs aux particuliers
- Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- Professions libérales et assimilés
- Techniciens

Durée collective de travail de l'établissement (h mensuelles)  Durée du travail du TH (h mensuelles)

Salaire ou revenu brut horaire (chargé, hors primes)  Salaire ou revenu brut mensuel (chargé, hors primes)

## Information du salarié

Je soussigné(e) ....., salarié(e) de l'entreprise  
.....

déclare avoir été informé(e) par mon employeur du dépôt d'une demande de reconnaissance de la  
lourdeur du handicap auprès de la Délégation Régionale Agefiph, qu'il sollicite en vue de  
bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance.

Date                      Signature du ou de la salarié(e)



## Engagement de l'employeur ou de la personne handicapée exerçant une activité non salariée

Je soussigné(e) .(nom prénom).....

<sup>1</sup>,

Employeur agissant en qualité de responsable légal de l'entreprise ( <i>raison sociale</i> ) .....	Travailleur handicapé exerçant une activité non salariée
Certifie sur l'honneur que la personne handicapée pour laquelle la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap est déposée est toujours en activité dans l'entreprise au jour de la demande,	Certifie sur l'honneur exercer une activité professionnelle non salariée au jour de dépôt de la demande
Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans le dossier de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap.	Certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives transmises et des informations communiquées dans le dossier de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap.
Accepte l'éventualité de la visite d'un prestataire désigné par l'Agefiph à des fins d'expertise technique de la demande, et l'éventuelle transmission par l'Agefiph à cet expert des informations communiquées dans le présent dossier, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées et mentionnée en bas de page.	Accepte l'éventualité de la visite d'un prestataire désigné par l'Agefiph à des fins d'expertise technique de la demande, et l'éventuelle transmission par l'Agefiph à cet expert des informations communiquées dans le présent dossier, sans préjudice de l'exercice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées et mentionnée en bas de page.
M'engage à produire toute pièce justificative visant à contrôler sur place ou sur pièces les conditions d'exécution du contrat de travail pour lequel les droits RLH seraient accordés, et ce pour une durée allant jusqu'à 3 ans à compter de la fin des droits.	M'engage à produire toute pièce justificative visant à contrôler sur place ou sur pièces les conditions d'exécution de l'activité non salariée pour laquelle les droits RLH seraient accordés, et ce pour une durée allant jusqu'à 3 ans à compter de la fin des droits.
Atteste avoir informé Madame / Monsieur ..... salarié de mon entreprise, du dépôt d'une demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap auprès de la Délégation Régionale Agefiph, en vue de bénéficier des compensations financières attachées à cette reconnaissance.	
Reconnais être informé de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.	Reconnais être informé de possibles poursuites pénales en cas d'usage de faux et de déclaration mensongère.
Fait à .....	Fait à .....
Date	Date
Signature du représentant légal de l'employeur et cachet de l'établissement	Signature du travailleur handicapé non salarié et le cas échéant cachet professionnel
Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé"	Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

<sup>1</sup> Les informations communiquées dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique ayant été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté sous le numéro 1506572. 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).



## Aménagements réalisés ou prévus pour optimiser le poste de travail et l'environnement

Nature de l'aménagement (matériel, tutorat, adaptation de l'environnement ou de l'organisation du travail, etc...)	Activité concernée de la personne handicapée	Date de l'aménagement	Réalisé /prévu	Coût HT <sup>3</sup>	Montant de l'aide Agefiph obtenue

<sup>3</sup> Joindre la copie des justificatifs (factures acquittées ...)



## Evaluation par l'employeur des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal

euros

heures

Temps de travail mensuel du  
travailleur handicapé

Salaire horaire chargé<sup>1</sup> ou revenu brut  
horaire du travailleur handicapé

Description des activités et tâches réalisées par le travailleur handicapé <sup>2</sup>	Charges liées à une moindre productivité du travailleur handicapé			Charges liées au tutorat ou à l'aide d'un tiers (hors financements Agefiph)		Autres charges	Total des charges mensuelles			
	Nb d'heures consacrées par mois	% de perte de productivité	Nb d'heures perdues par mois	Soit un coût mensuel en euros	Nb d'heures de tutorat ou d'aide par un tiers, réalisées par mois			Salaire horaire chargé du tuteur ou de l'aide <sup>3</sup>	Soit un coût mensuel en euros	Autres coûts induits par mois
<b>Charge supplémentaire induite par le handicap après aménagement optimal du poste de travail, en euros par mois</b>										
<b>Charge supplémentaire induite par le handicap après aménagement optimal du poste de travail, en euros par an</b>								<b>Charge mensuelle x 12</b>	<b>=</b>	euros

<sup>1</sup> Joindre le plus récent bulletin de salaire.  
<sup>2</sup> Joindre la fiche de poste ou le référentiel d'activité s'ils existent.  
<sup>3</sup> Joindre le plus récent bulletin de salaire.

## Avis du médecin du travail

<b>Entreprise</b>	Raison sociale adresse		
<b>Salarié</b>	Nom d'usage prénom		
<b>Intitulé du poste</b>			
<b>Médecin du travail</b>	Nom Prénom		
<b>Service de santé au travail</b>	Nom Adresse Téléphone		
Date de la dernière visite médicale	<input type="text"/>	Date de l'étude de poste	<input type="text"/>

### Description du poste occupé

--

### Restrictions d'aptitude éventuelles

--

## Avis du médecin du travail (suite)

**Entreprise**    *Raison sociale*

**Salarié**        *Nom d'usage prénom*

### Préconisations d'aménagement du poste de travail et de son environnement

### Observations et avis du médecin du travail

Fait à .....

Date, signature et cachet du Médecin du travail

## Contexte de la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

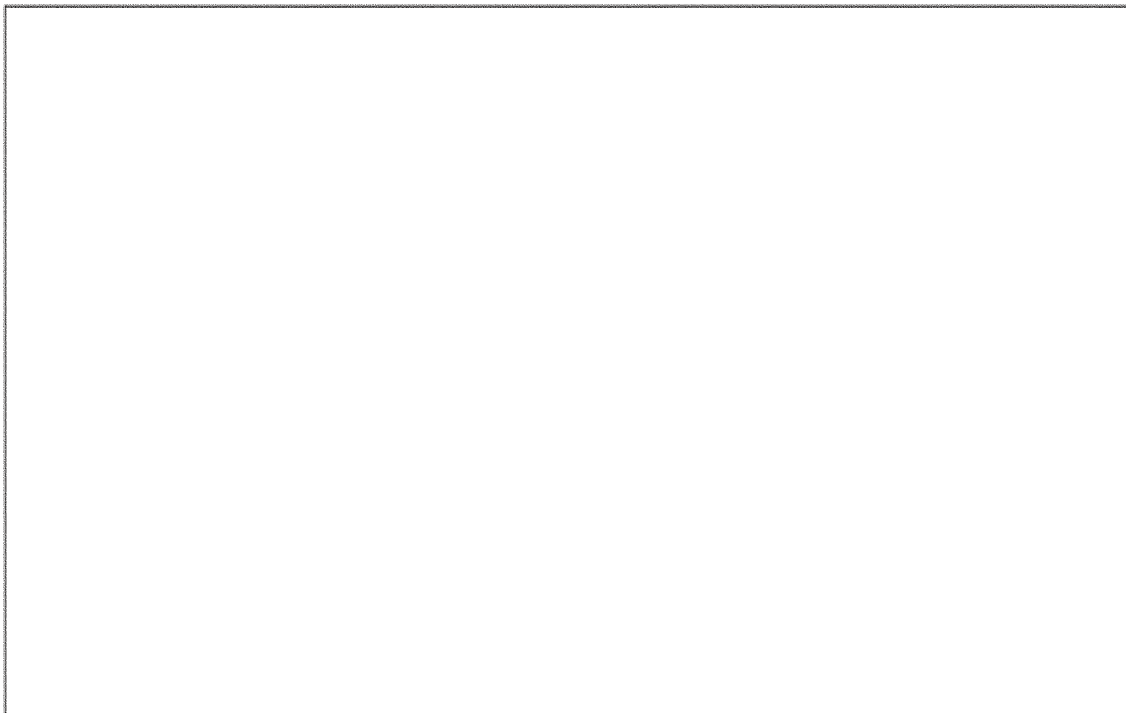
### Préambule

Dans le cadre de l'instruction d'une demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap, il est indispensable de comprendre la situation de l'environnement de travail du salarié concerné.

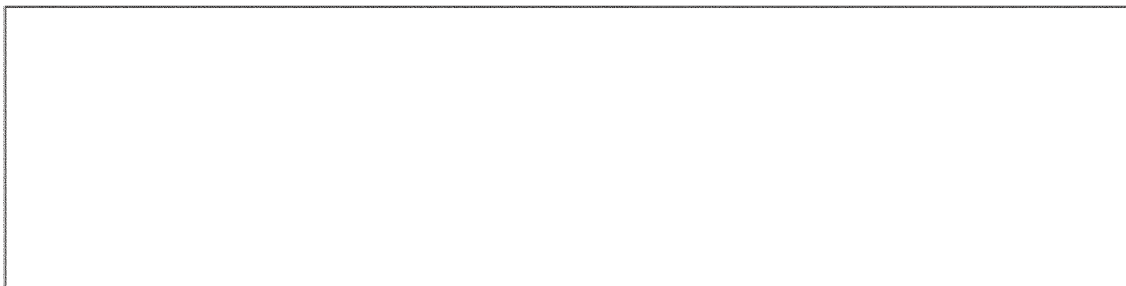
Pour cela, nous vous demandons de bien vouloir nous informer sur les conditions d'exercice de l'activité et sur les **situations difficiles ACTUELLES liées au handicap** en s'appuyant sur les éléments de description présentés dans ce document.

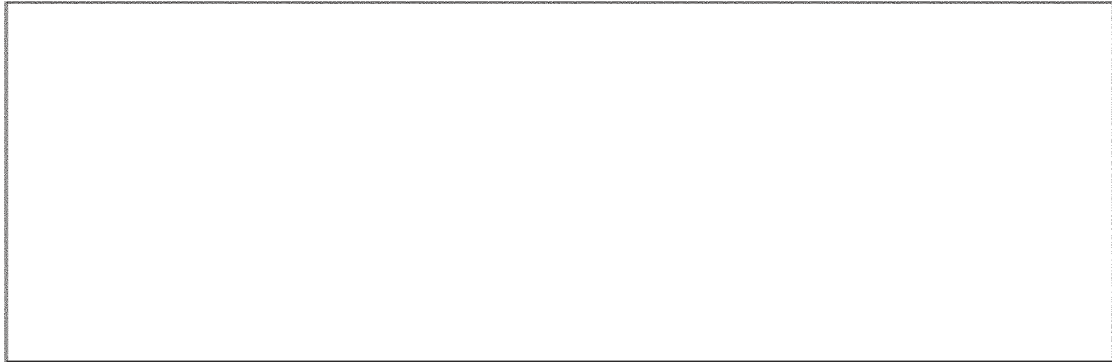
Certains éléments sont essentiels pour comprendre votre demande de RLH : la présentation de l'entreprise, l'environnement de travail, les tâches attendues et l'emploi du temps.

#### 1. Présentation de l'entreprise et du salarié handicapé

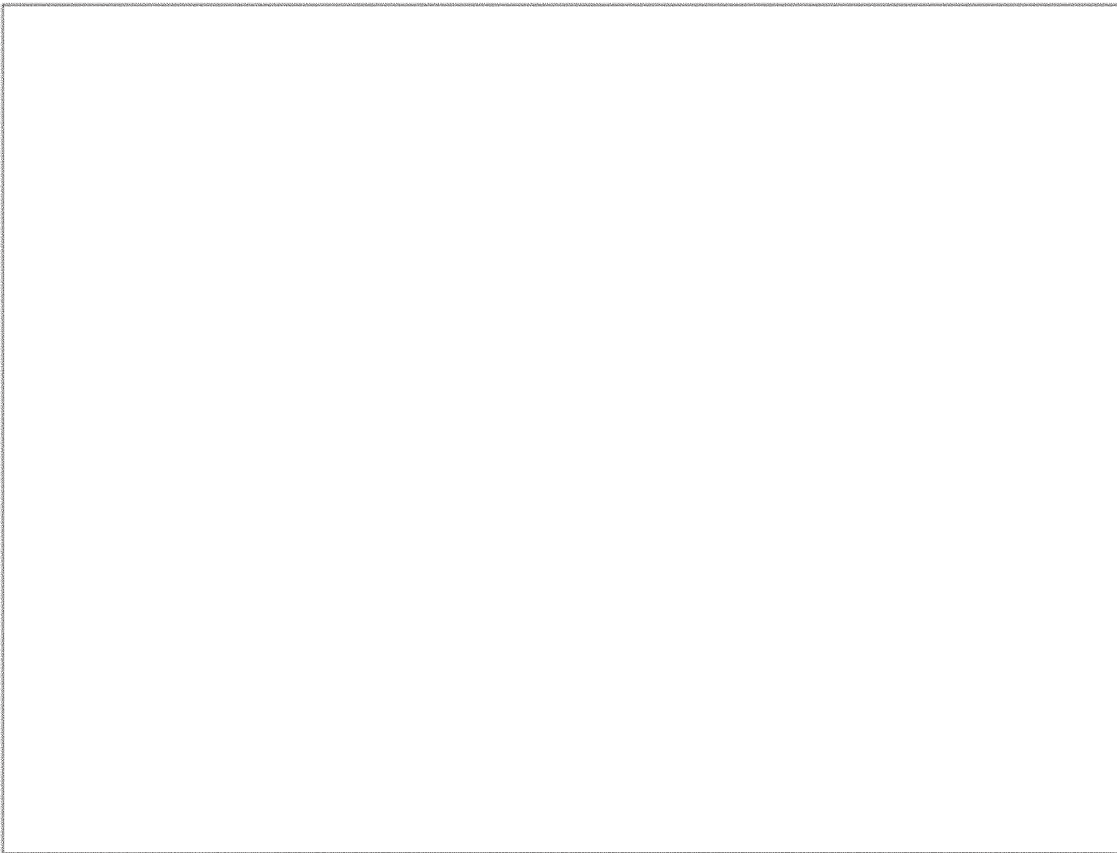


#### 2. L'environnement de travail du travailleur handicapé





3. Tâches attendues du poste de travail et effets induits par le handicap sur la réalisation des tâches du poste de travail et sur l'organisation de l'entreprise



Pour être complet, votre dossier RLH doit comporter :

- le présent dossier de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap, dûment et complètement renseigné, sans rature, signé et revêtu du cachet de l'employeur ;
- la copie du titre de bénéficiaire de l'obligation d'emploi visée à l'article L. 5212-13 du code du travail du travailleur handicapé présentant une durée de validité d'au moins six mois à compter du dépôt de la demande, accompagnée, si ce n'est pas le cas de la copie, de l'accusé de réception de la demande de renouvellement reçu de la CDAPH ;
- la copie du contrat de travail et, le cas échéant, du ou des avenants au contrat de travail du travailleur handicapé ;
- si le travailleur handicapé concerné est salarié, la copie de son plus récent bulletin de salaire ;
- si le travailleur handicapé concerné est salarié, la copie de la plus récente fiche d'aptitude délivrée par les services de santé au travail (volet employeur) et, le cas échéant, l'avis circonstancié (cf. modèle joint) ;
- le cas échéant, la fiche de poste du travailleur handicapé ;
- le cas échéant, une copie de la convention collective en vigueur au sein de l'établissement ;
- le tableau des aménagements réalisés ou prévus (1) pour optimiser le poste de travail et l'environnement du travailleur handicapé (cf. dossier) ;

- la copie des justificatifs correspondants aux aménagements réalisés (factures acquittées...) ou prévus (devis, bons de commande...);
- le cas échéant, la liste et le montant des aides versées par l'AGEFIPH;
- le tableau d'évaluation des charges supplémentaires et régulières induites par le handicap après aménagement optimal (cf. dossier);
- le cas échéant, la copie du plus récent bulletin de salaire d'un tiers mobilisé de manière récurrente pour venir en aide au travailleur handicapé;
- tout autre justificatif de charge induite de manière pérenne par le handicap.

---

(1) Par dérogation, lorsque le bénéficiaire présente un taux d'invalidité ou d'incapacité égal ou supérieur à 80 %, une liste des prévisions d'aménagements du poste de travail et de l'environnement du bénéficiaire que l'employeur s'engage à réaliser dans l'année qui suit le dépôt de la première demande (ainsi que leur coût) est acceptée.