

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

## LISTE NOMINATIVE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES (suite)

N° SIRET au 31-12-2010 : \_\_\_\_\_

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 2010 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ : \_\_\_\_\_

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2010 ? 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 DIRECCTE ou DTEFP, 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) : ..... X \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

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 2010 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ : \_\_\_\_\_

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2010 ? 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 DIRECCTE ou DTEFP, 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) : ..... X \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

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 2010 (suite)**

Report du résultat obtenu en bas de page précédente  ,

**3 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 2010 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2010 ? 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 DIRECCTE ou DTEFP, 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) : .....

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)  ,

**4 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 2010 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2010 ? 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 DIRECCTE ou DTEFP, 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) : .....

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 2010 (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 2010 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2010 ? 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 DIRECCTE ou DTEFP, 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) : .....

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**)  ,

**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 2010 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2010 ? 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 DIRECCTE ou DTEFP, 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) : .....

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 2010 (suite)**

Report du résultat obtenu en bas de page précédente  ,

**7 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 2010 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2010 ? 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 DIRECCT ou DTEFP, 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) : .....

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)  ,

**8 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 2010 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

A-t-il eu des périodes d'emploi discontinues en 2010 ? 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 DIRECCTE ou DTEFP, 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) : .....

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 sur une nouvelle liste supplémentaire si vous avez employé d'autres bénéficiaires)