

Adresse à laquelle vous devez retourner le formulaire

AGEFIPH DOETH ET CONTRIBUTION

TSA 40010
92226 BAGNEUX CEDEX

0 800 11 10 09
coût d'un appel local depuis un poste fixe

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

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018
(Cinquième partie, Livre II, titre I^{er}, chapitre II du Code du travail)

Date limite d'envoi : 01^{er} mars 2019

I. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

I.1. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT :

N° SIRET au 31-12-2018 :

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 31-12-2018 : 7539088881010131

Code APE : 6202A

Enseigne : AVANISTA

Raison sociale :

BP :

N° 11 Rue ou lieu-dit : AV. DE LA DIVISION (ECLERC)

Code postal : 91423 Commune : CACHAN

Motif de la correction :

VENTE D'ÉTABLISSEMENT <input type="checkbox"/>	DÉMÉNAGEMENT <input type="checkbox"/>
ACHAT D'ÉTABLISSEMENT <input type="checkbox"/>	ADRESSE INCOMPLÈTE <input type="checkbox"/>
FUSION D'ÉTABLISSEMENTS <input type="checkbox"/>	INFORMATIONS ERRONÉES <input type="checkbox"/>
CHANGEMENT DE STATUT <input type="checkbox"/>	LIQUIDATION JUDICIAIRE <input type="checkbox"/>

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.

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 : CABINET FIDESS Prénom : Téléphone : 01-46-56-35-33

Courriel : sk@fidess.fr

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

1. Si votre établissement a moins de 20 salariés au 31 décembre 2018, cocher la case OUI ☐ indiquez l'effectif de celui-ci : sinon cocher NON ☒
(le nombre de salariés en CDI est apprécié à cette date ; les autres salariés sont calculés au prorata de leurs présence même s'ils ne font plus partie
de l'effectif au 31 décembre) Ne pas indiquer l'effectif dans cette case s'il est supérieur ou égal à 20 salariés.

2. L'établissement a-t-il fermé définitivement avant le 31 décembre 2018 ? OUI ☐ Si oui, indiquez la date : NON ☒

→ Si vous avez coché OUI aux cas 1 ou 2, l'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'emploi en 2018. 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 :

3. L'établissement a-t-il été créé en 2016 ☐ 2017 ☐ 2018 ☐

4. L'établissement a-t-il passé pour la première fois le seuil des 20 salariés en 2016 ☐ 2017 ☐ 2018 ☐

→ Si vous avez coché une des cases aux cas 3 ou 4, l'établissement n'est pas assujéti en 2018. 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 2018.

Pour les établissements hors Mayotte :

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de votre établissement en 2018 (arrondi à l'entier inférieur) $\times 6\% =$ (multipliez par 0,06)

Pour Mayotte :

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de votre établissement en 2018 (arrondi à l'entier inférieur) $\times 2\% =$ (multipliez par 0,02)

Nombre de bénéficiaires que votre établissement devait employer en 2018 :

arrondir à l'entier inférieur (ignorer les chiffres après la virgule)
exemple : 24 pour 24,3 ; ou 7 pour 7,94
(Ne pas indiquer l'effectif dans cette case s'il est inférieur à 20)

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

IV.1. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL EMPLOYÉ DES BÉNÉFICIAIRES EN 2018 ?

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 2018. 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 2018

(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 2018 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) ou les Travailleurs Indépendants Handicapés (TIH) ?

OUI ☐ Si oui, remplissez la «liste des contrats conclus avec les EA, CDTD, ESAT ou les Travailleurs Indépendants Handicapés (TIH)» jointe au présent document. Additionnez les résultats et les reporter ci-contre en D1 et D2, poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.3.

Montant total HT à retenir résultant des contrats conclus en 2018

€

D1

Total général du nombre d'unités à retenir résultant des contrats conclus en 2018 (maximum 50 % de B)

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

NON ☐ Si non, indiquez 0 en D1 et D2 et poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.3.

IV.3. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL ACCUEILLI DES PERSONNES HANDICAPEES AU TITRE D'UN STAGE OU D'UNE PERIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL ? (PMSMP)

Seul les stages ou les PMSMP d'au moins 35 heures et terminés en 2018 peuvent être retenus. Attention ! Depuis 2009 la liste des types de stages reconnus s'est élargie : pour la connaître, consultez la notice explicative en P.4. Les catégories de personnes handicapées reconnues sont celles définies en P.2 de la notice explicative.

OUI ☐ Si oui, indiquez la durée annuelle du travail de l'établissement (en heures) : Remplissez la «liste nominative des personnes handicapées accueillies par l'établissement au titre d'un stage ou d'une PMSMP» jointe au présent document (voir notice explicative page 4). Le total ne peut excéder 2 % de l'effectif d'assujettissement de l'établissement calculé en A et reporter ensuite le total obtenu ci-contre en E.

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 2018

(maximum 2 % de A) :

(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 2018 ?

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

Date de l'accord : Département d'accord :

Pensez également à adresser l'état d'avancement du programme prévu par l'accord à la DIRECCTE qui a agréé 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-NEXEM, Crédit Agricole, Caisse d'Épargne, LEEM, BANQUE POPULAIRE).

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 2018 en additionnant C+D2+E. Déduisez le résultat obtenu du nombre de bénéficiaires(s) que l'établissement devait employer en 2018 (B) pour obtenir le nombre de bénéficiaires manquants.

Reportez ici le nombre de bénéficiaires que l'établissement devait employer en 2018

B

Additionnez ici le nombre de bénéficiaires employés et/ou d'unités équivalentes en 2018

C + D2 + 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 2018. 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 + D2 + E. Poursuivez le remplissage de la déclaration en V.

V. MODALITÉS DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION ET VERSEMENT

V.1. DÉCOMPTÉ DES MINORATIONS AU TITRE DES EFFORTS CONSENTIS PAR L'EMPLOYEUR

Si vous avez déclaré des bénéficiaires sur la **liste nominative des salariés bénéficiaires de l'obligation d'emploi**, vous pouvez déduire de F des minorations associées à ces salariés, **quelle que soit la catégorie du bénéficiaire** :

1. pour chacun des cinq critères ci-après, indiquez le nombre de salariés bénéficiaires concernés (chaque bénéficiaire compte pour 1 quelle que soit la durée du temps de travail) et multipliez-le par la valeur du coefficient de minoration correspondant,
2. additionnez les résultats pour obtenir la « somme des minorations au titre des efforts consentis par l'employeur »,
3. soustrayez ce total des unités manquantes que vous avez calculées en F et reportez le résultat en G.

Si l'établissement n'a pas employé de bénéficiaires en 2018, le résultat obtenu en G doit être égal à celui obtenu en F.

- Nombre de salariés bénéficiaires âgés de moins de 26 ans ou de 50 ans et plus au 31 décembre 2018, quelle que soit la catégorie du bénéficiaire $\square\square\square\square \times 0,5 = \square\square\square\square$, $\square\square$
- Nombre de salariés bénéficiaires d'une reconnaissance de lourdeur du handicap, pour laquelle vous avez opté pour la minoration de la contribution (décision d'attribution prise par l'Agefiph) $\square\square\square\square \times 1,0 = \square\square\square\square$, $\square\square$
- Nombre de salariés bénéficiaires recrutés en 2018 qui ont été chômeurs de longue durée $\square\square\square\square \times 1,0 = \square\square\square\square$, $\square\square$
- Nombre de salariés bénéficiaires recrutés à la sortie d'une entreprise adaptée, d'un centre de distribution de travail à domicile ou d'un établissement ou service d'aide par le travail. $\square\square\square\square \times 1,0 = \square\square\square\square$, $\square\square$
- Si l'établissement a recruté en 2018 son **premier** salarié bénéficiaire depuis sa création, ajoutez 0,5 $\square\square$, $\square\square$
et indiquez le n° de la fiche salarié dans laquelle il a été déclaré sur la liste nominative : $\square\square\square\square$

SOMME DES MINORATIONS AU TITRE DES EFFORTS CONSENTIS PAR L'EMPLOYEUR

Reportez ici le nombre de bénéficiaires manquants

$\square\square\square\square$, $\square\square$

F

Somme des minorations au titre des efforts consentis par l'employeur

$\square\square\square\square$, $\square\square$

=

Nombre de bénéficiaires manquants minoré au titre des efforts consentis par l'employeur
(Si G est inférieur ou égal à 0, indiquez 0) :
 $\square\square\square\square$, $\square\square$
G
(arrondir 2 chiffres après la virgule)

- Quelle est votre situation ? ☐ **G est égal à 0** : l'obligation d'emploi a été remplie au titre de l'année 2018. **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.
- ☐ **G est supérieur à 0** : l'obligation d'emploi n'est pas remplie par la prise en compte des minorations. Vous devez calculer votre contribution. Poursuivez le remplissage de la déclaration en V.2.

V.2. CALCUL DU POURCENTAGE D'EMPLOIS EXIGEANT DES CONDITIONS D'APTITUDE PARTICULIÈRES (ECAP) :

Le calcul de la contribution tient compte du pourcentage de salariés de votre établissement qui exercent des « emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières » (voir la liste de ces emplois en page 6 de la *Notice explicative*). Votre établissement comprend-il des salariés exerçant des ECAP ?

OUI ☐ Si oui, recensez-les ci-dessous et indiquez pour chacun d'eux le nombre de salariés qui les exercent :

Code PCS	Effectif	Code PCS	Effectif	Code PCS	Effectif
$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$	$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$	$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$
$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$	$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$	$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$
$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$	$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$	$\square\square\square\square$	$\square\square\square\square$, $\square\square$

Total des ECAP $\square\square\square\square$, $\square\square$

Ensuite, divisez le résultat obtenu à « Total des ECAP » (arrondi à l'entier inférieur) par l'effectif d'assujettissement de l'établissement (**A** calculé en III) et multipliez le résultat par 100 pour obtenir le pourcentage d'ECAP de l'établissement. Reportez le résultat en **H**, puis poursuivez en V.3 le remplissage de la déclaration :

Reportez ici le nombre total d'ECAP

$\square\square\square\square$, $\square\square$

(arrondir à l'entier inférieur)

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de l'établissement

$\square\square\square\square$, $\square\square$

A

$\times 100 =$

Pourcentage d'ECAP de l'établissement (s'il n'y a pas d'ECAP, indiquez 0)

$\square\square$, $\square\square$ %

H

(arrondir 2 chiffres après la virgule)
exemple : 7,28 pour 7,284 ; 7,29 pour 7,285

NON ☒ Sinon, indiquez 0 en H et poursuivez en V.3 le remplissage de la déclaration.

V.3. DÉTERMINATION DU COEFFICIENT DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION

Le calcul de la contribution dépend d'un coefficient déterminé de la façon suivante :

Si en 2015, 2016, 2017 et 2018, l'établissement n'a ni employé de bénéficiaire de l'obligation d'emploi, ni atteint le montant minimum de contrats de sous-traitance avec un ESAT, EA ou CDTD de 400, 500 ou 600 fois le SMIC horaire en fonction de la taille de l'entreprise, ni appliqué d'accord collectif relatif à l'emploi de travailleurs handicapés, le coefficient est de **1500**.

En l'absence d'emploi direct de personnes handicapées ou de la mise en œuvre d'un accord agréé au titre de l'obligation d'emploi, les contrats passés avec le secteur adapté ou protégé doivent atteindre un montant minimum fixé par décret (cf. notice V.3).

Si en 2015, 2016, 2017 ou 2018, l'établissement a employé un bénéficiaire de l'obligation d'emploi, passé un contrat avec un ESAT, EA ou CDTD, ou appliqué un accord relatif à l'emploi de travailleurs handicapés, le coefficient dépend de la taille de l'entreprise dont relève l'établissement. Si l'effectif de l'entreprise compte entre 20 et 199 salariés, le coefficient est de **400** ; entre 200 et 749 salariés, le coefficient est de **500** ; à partir de 750 salariés, le coefficient est de **600**.

Indiquez ici l'effectif total de l'entreprise au 31 décembre, c'est-à-dire le total des effectifs de tous les établissements de l'entreprise, identifiée par son N° SIREN à 9 chiffres (cf. notice explicative en page 2 pour les règles de calcul) :

$\square\square\square\square\square\square\square\square\square$

Indiquez en I le coefficient retenu puis poursuivez en V.4 le remplissage de la déclaration.

Coefficient de calcul de la contribution



400



500



600



1500

IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT :

N°SIRET au 31-12-2018 :

Si changement de siret en 2018, nouveau n° au 31/12/2018 :

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 :

$$\boxed{1}, \boxed{00} \times \boxed{400} \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2018} = \boxed{3952}, \boxed{00} \text{ €}$$

(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) :

$$1 - (1,3 \times \boxed{H1} \%) = \boxed{H1}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

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

$$\boxed{H1} \times \boxed{G} = \boxed{H2}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

3. Calculez le montant de la contribution :

$$\boxed{H2} \times \boxed{I} \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2018} = \boxed{K}$$

(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" :

$$\boxed{G} \times 50 \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2018} = \boxed{L}$$

(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 :

$$\boxed{G} \times 40 \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2018} = \boxed{M}$$

(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 2018 des dépenses déductibles, additionnez le montant total obtenu de la « Liste des dépenses déductibles » ci-jointe, 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.

$$\boxed{N}$$

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

V.6. MONTANT DE LA CONTRIBUTION APRES DÉPENSES DÉDUCTIBLES

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

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

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

Modalités de versement de la contribution :

Chèque N° ☐ Virement Bancaire

RIB . IBAN AGEFIPH / CREDIT DU NORD

30076 02352 10924600200 clé 77

Code IBAN : FR76 3007 6023 5210 9246 0020 077

Adresse BIC : NORD FRPP

Pour tout règlement par virement merci de respecter le format du libellé:

SIRET + désignation des 14 caractères + ANNEE + désignation des 4 caractères de l'année soit un libellé de 28 caractères minimum

Le remplissage de la déclaration s'achève. Signez la déclaration au bas de cette page et envoyez-la à l'adresse indiquée en haut de page 1. Vous n'avez pas de pièces justificatives à envoyer avec votre déclaration ; vous devez néanmoins conserver ces pièces pendant 5 ans, l'autorité compétente (AGEFIPH, DIRECCTE ou DIECCTE) étant susceptible de vous les demander à des fins de contrôle.

Si vous ne relevez pas d'un accord agréé en faveur des travailleurs handicapés, votre contribution doit être versée à l'AGEFIPH avant le 1^{er} mars 2019 (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 : 28 02 2019

Nom de la personne responsable (Obligatoire)

Téléphone de la personne responsable (Obligatoire)

Signature de la personne responsable : (Obligatoire)