



agefiph  
ouvrir l'emploi  
aux personnes handicapées

Année  
2018

cerfa  
N° 11391\*21

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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2018

(Cinquième partie, Livre II, titre I<sup>er</sup>, chapitre II du Code du travail)

Date limite d'envoi: 01<sup>er</sup> 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 : 25319108888100013

Code APE : 6202 A

Enseigne :

Raison sociale AVANISTA

BP :

N° 5 Rue ou lieu-dit : RUE COUSTE

Code postal : 94230 Commune : CACHAN

Motif de la correction :

VENTE D'ÉTABLISSEMENT

DÉMÉNAGEMENT

ACHAT D'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE INCOMPLÈTE

FUSION D'ÉTABLISSEMENTS

INFORMATIONS ERRONÉES

CHANGEMENT DE STATUT

LIQUIDATION JUDICIAIRE

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.





**V.1. DÉCOMPTÉ DES MINORATIONS AU TITRE DES EFFORTS CONSENTIS PAR L'EMPLOYEUR**  
Si vous avez déclaré des bénéfices aux titres :

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**.

• 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) .....  $\square\square\square\square$ ,  $\square\square \times 1,0 = \square\square\square\square$ ,  $\square\square$   
 • Nombre de salariés bénéficiaires **recrutés en 2018** qui ont été chômeurs de longue durée .....  $\square\square\square\square \times 1,0 = \square\square\square\square$   
 • 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. ....  $\square\square\square\square \times 1,0 = \square\square\square\square$   
 • Si l'établissement a recruté en 2018 son **premier** salarié bénéficiaire depuis sa création, ajoutez 0,5 .....  $\square\square$   
 et indiquez le n° de la fiche salarié dans laquelle il a été déclaré sur la liste nominative :  $\square\square\square\square$

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.

☒ 100      ☐ 500      ☐ 500      ☐ 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 :

$$\boxed{0}, \boxed{8} \times \boxed{400} \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2018} = \boxed{3161}, \boxed{60} \text{ €}$$

(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) :

$$1 - (1,3 \times \boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \%) = \boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \text{ H1}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

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

$$\boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \times \boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} = \boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \text{ H2}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

3. Calculez le montant de la contribution :

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

(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" :

$$\boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \times 50 \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2018} = \boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \text{ €}$$

(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 :

$$\boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \times 40 \times \text{Taux du SMIC horaire ou SMIG pour Mayotte au 31/12/2018} = \boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \text{ €}$$

(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 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.

$$\boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \text{ €}$$

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

### V.6. MONTANT DE LA CONTRIBUTION APRÈS DÉPENSES DÉDUCTIBLES

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

$$\text{Montant de la contribution avant dépenses déductibles obtenu en J, K, L ou M selon la situation de l'établissement} - \text{Montant des dépenses déductibles en N} = \boxed{\phantom{00}}, \boxed{\phantom{00}} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

Modalités de versement de la contribution :

Chèque N°		<input type="checkbox"/> 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<sup>er</sup> 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) : CABINET FIDES  
 Téléphone de la personne responsable (Obligatoire) : 02-46-56-35-33

Signature de la personne responsable :  
 (Obligatoire)

P.O. CLO