





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 1er janvier au 31 décembre 2018 (Cinquième partie, Livre II, titre Ier, chapitre II du Code du travail) Date limite d'envoi: 01er mars 2019

| I. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT ET INFORMAT   | IONS 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 corrige ici et indiquer le motif en cochant la case correspondant à votre situation :  N°SIRET au 31-12-2018 :   15 3 9 06 6 8 6 0 00 11 3  Code APE :   6202 A   Enseigne :   Raison sociale   AVANISTA        |  |
| 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 ?  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.  1.2. ADRESSE D'ENVOI DU FORMULAIRE DE DÉCLAR  Le formulaire vous a été envoyé à l'adresse préimprimée figurant à droite. Si v  |  |  |
| établissement de votre société, utilisez cette colonne ci-dessous :  N° Rue cu lieu-dit : A  Code postal :   | l'attention de M. ou Mme   |  |
| .3. INFORMATIONS GÉNÉRALES : Indiquez les coordonnées de la personne à contacter pour toutes inform  Nom : CABINET FIDES Prénom : Courriel : SKO NOME ACTION | nations complémentaires :  Téléphone : QA - 46-56-35-33  |  |
| II. L'ASSUJETTISSEMENT A L'OBLIGATION D'EMP  1. Si votre établissement a moins de 20 salariés au 31 décembre 2018, cocher (le nombre de salariés en CDI est apprécié à cette date ; les autres salariés s de l'effectif au 31 décembre) Ne pas indiquer l'effectif dans cette case s'il es  2. L'établissement a-t-II fermé définitivement <u>avant</u> le 31 décembre 2018?  3. Si vous avez coché OUI aux cas 1 ou 2, l'établissement n'est pas soumis vous devez la signer en page 4 avant de la renvoyer à l'adresse indiquée en   | la case OUI indiquez l'effectif de celui-ci: sinon cocher NON ont calculés au prorata de leurs présence même s'ils ne font plus partie t supérieur ou égal à 20 salariés.  OUI Si oui, indiquez la date : NON à l'obfigation d'emploi en 2018. Le remplissage de la déclaration s'achève |  |
| 3. L'établissement a-t-il été créé en 2016 2017 2018 2018 4. L'établissement a-t-il passé pour la première fois le seuil des 20 salariés en 201 → Si yous avez coché une des cases aux cas 3 ou 4. Pétablissement n'est p  | 16 2017 2018 3<br>as assujetti en 2018. Vous devez obligatoirement déclarer l'effectif (III) en<br>mulaire en page 4 et de le renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1  |  |

1

| III. (                    | CALCUL DE L'OBLIGATION LÉGALE D'EMPLOI  |
|---------------------------|---|
| Vou<br>du tr              | s devez dans cette partie calculer l'effectif d'assujettissement de votre établissement, selon les regles définies à l'article L. 1111-2 du Code avail (pour le calcul, voir la notice explicative page 2), et le nombre de bénéficiaires que l'établissement aurait dû employer en 2018.   |
| Pour  <br> <br> <br> Pour | les établissements hors Mayotte : Reportez ici l'effectif d'assujettissement le votre établissement en 2018 (arrondi à l'entier inférieur)  A (multipliez par 0,06)  A (multipliez par 0,02)  A (multipliez par 0,02)  A (multipliez par 0,02)  A (multipliez par 0,02)   |
| V. 1                      | MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI  |
| V.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.   |
| V.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  Total général du nombre d'unités à retenir résultant des contrats conclus en 2018  I 3 9 5 2 ,   |
|                           | 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) :   |
|                           | NON Si non, indiquez 0 en E, puis poursuivez le remplissage de la déclaration en 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 d'accord de branche cochez la case : CRF-FEHAP-NEXEM (géré par l'association OETH) CREDIT AGRICOLE CAISSE D'EPARGNE LEEM BANQUE POPULAIRE  |
|                           | 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 salaries handicanés de l'établissement.  ATTENTION I LA DÉCLARATION N'EST PAS TERMINÉE : vous devez poursuivre en IV.5, afin de calculer le montant de la contribution théorique qui aurait éventuellement du être payée à l'AGEFIPH en l'absence d'accord. Ce calcul est nécessaire pour la determination 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 : GRF-FEHAP-NEXEM, Crédit Agricole, Caisse d'Epargne, LEEM, BANQUE POPULAIRE).  |
| IV.5.                     | Continuez le remplissage de la déclaration en IV.5 (ci-dessous).  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.  Raportez lei le nombre de bénéficiaires que l'établissement devait employer en 2018  Additionnez ici le nombre de bénéficiaires employés et/ou d'unités équivalentes en 2018  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 calcule Vous avez terminé le remplissage de la déclaration. Vous devez la signer en bas de la page 4 et la renvoyer à l'adress indiquée en haut de page 1. |

## V. MODALITÉS DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION ET VERSEMENT

| v.1.     | DÉCOMPTE 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 l'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 quelle que soit la durée du temps de travail) et multipliez-le par la valeur du coefficiant 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  |
|          | ( décision d'attribution prise par l'Agefiph),   × 1,0 =  |
|          | Nombre de salariés bénéficiaires recrutés en 2018 qui ont été chômeurs de longue durée       × 1,0 =  |
|          | 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.   |
|          | Si l'établissement a recruté en 2018 son premier salarié bénéficiaire depuis sa création, ajoutez 0,5   |
|          | SOMME DES MINORATIONS AU TITRE  |
|          | DES EFFORTS CONSENTIS PAR L'EMPLOYEUR   |
|          | Nombre de bénéficiaires manquants   |
|          | Reportez ici le nombre Somme des minorations au titre minoré au filre des efforts consentis de bénéficiaires manquants des efforts consentis par l'employeur par l'amployeur  |
|          | (Si G est inférieur ou égal à 9, indiquez 0) :  |
|          | [] [0, 80] - [] [0, 80] = [6]   |
|          | (arrondir 2 chiffres après la virgule)  |
| .2.      | 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.  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?   |
| 0        | Ul 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   |
|          |   |
|          |   |
|          |   |
|          | Total des ECAP  |
|          | remplissage de la déclaration   |
|          | Reportez ici le nombre Reportez ici l'effectif d'assujettissement total d'ECAP de l'établissement de l'établissement  |
|          | × 100 (Sility a pas d ECAT, indiquez 0)   |
|          | (arrondir à l'entier inférieur)   |
| N        | ON Sinon, indiquez 0 en H et poursuivez en V.3 le remplissage de la déclaration. (arrondir 2 chiffres après la virgule) exemple: 7,28 pour 7,285  |
| .3.      | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION   |
| e calc   | cul de la contribution dépend d'un coefficient déterminé de la façon suivante :<br>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 COTD de 400, 500 ou<br>0 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 ontant minimum fixé par décret (cf. notice V.3).  |
| SI<br>le | en 2015, 2016, 2017 ou 2018, l'établissement a employé un benéficiaire de l'obligation d'emploi, passé un contrat avec un ESAT, EA ou COTD, ou appliqué un accord relatif à l'emploi de travailleurs handicapés, coefficient dépend de la taille de l'entreprise dont relave l'établissement. Si l'effectif de l'entreprise compte entre 20 et 199 salariés.  |
| Inc      | coefficient est de 400; entre 200 et 749 salaries, le coefficient est de 500; a partir de 750 salaries, le coefficient est de 600.  Coefficient de Calcul de la contribution diquez roi 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 (ct. notice explicative en page 2 pour les règles de calcul) :  400 500 1 600 1500   |

| DENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT :  |   |
|---|---|
| SIRET au 31-12-2018 :   | Si changement de siret en 2018, nouveau n° au 31/12/2018 :  |
| MODALITÉS DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION ET<br>7.4. CALCUL DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION AVANT DÉPENS<br>Le calcul de la contribution dépend du % d'ECAP de votre établissement. Applic   | SES DÉDUCTIBLES   |
| Si le % d'ECAP (H) est égal à 0, appliquez la formule suivante et poursui   |   |
| horaire   | ou SMIC ou SMIG = 3161,60   |
|   | 12/2018 (arrondir 2 chilfres après la virgule)  |
| Si le % d'ECAP (H) est > à 0 et < 80 appliquez les formules suivantes et  |   |
| Calculez le coefficient de minoration au titre de la part des emplois exigean   | Coefficient de minoration au  |
| 1 - (1,3 ×  ,%) =   | tilre de la part des ECAP  H1  (arrendir 2 chillres agres la virgula)   |
| 아내고 있는 이 그는 이는 이는 이번 이번에 가는데 있다면 하는데 이번에 가면 하면 되었다. 그는데 아내는데 하는데 아내는데 하는데 이번에 가는데 되었다면 하는데 하는데 되었다.   | es ECAP :<br>lombre de benéficiaires manquants<br>nincié au titre de la part des ECAP                                     |
| [], [] × [] = [] = []   | H2 (arrondik 2 chilfres après la virgule)   |
| 3. Calculez le montant de la contribution :  Taux du S horaire ou pour May au 31/12/2   | SMIG = , , , , , , , , , , , , , , , , , ,  |
| ATTENTION: le montant de votre contribution avant dépenses déductibles na peu nombre de bénéficiaires manquants minore au titre de la part des ECAP égal é 0.   |   |
| Taux du S<br>horairs qu'<br>pour Mayr<br>au 31/12/2   | SMR5 = [  |
| Si L est supérieur à K, le montant de votre contribution avant dépenses dédu  | ctioles est le résultat obtenu en L   |
| ➤ Si le % d'ECAP (H) est > ou = à 80, appliquez la formule suivante et poursui  | vez le remplissage de la déclaration en V.5 :   |
|   | Taux du SMIC noraire du SMIG =  |
| .5. DÉPENSES DÉDUCTIBLES (ne pas renseigner en cas d'accor  |   |
| Si votre établissement ne ratiève pas d'un accord agréé en faveur de travailleurs handicapen 2018 des dépenses déductibles, additionnez le montant total obtenu de la « Liste des di-jointe, dans la limite de 10 % du montant de la contribution avant dépenses déductibles 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. | dépenses déductibles »  |
| 7.6. MONTANT DE LA CONTRIBUTION APRES DÉPENSES DÉDUCTIB   |   |
| Pour calculer le montant de votre contribution après dépenses déductible  | Montant de la contribution après  |
| Montant de la contribution avant dépenses déductibles obtenu Montant des dépenses   |   |
| en J, K, L ou M déductibles en N selon la situation de l'établissement  | (arrondir 2 chiffres après la virgule)  |
| Modalités de versement de la contribution :  Chèque №   | ☐ Virement Bançaire   |
| RIB , IBAN AGEFIPH / CREDI  | T DU NORD   |
| 30076 02352 10924600200 clé 77 Code IBAN : FR76 3007 6023 5  Pour tout règlement par virement marci de re   | specter le format du libellé:   |
| SIRET + désignation des 14 caractères + ANNEE + désignation des 4 caractères - ANNEE + désignation des 4 caractères - Le rempliesage de la déclaration s'achève. Signez la déclaration au bas de  | ières de l'année soit un libellé de 28 caractères minimum<br>cette page et envoyez-la à l'adresse indiquée en haut de pag |
| Vous n'avez pas de pièces justificatives à envoyer avec votre déclaration; v<br>l'autorité compétente (AGEFIPH, DIRECCTE ou DIECCTE) étant susceptible.<br>Si vous ne relevez pas d'un accord agréé en laveur des travailleurs handic<br>mars 2019 (voir modalités du versement en page 8 de la notice explicative<br>être versée aux associations listées sur la notice explicative page 8.                                  | de vous les demander à des fins de contrôle.<br>apés, votre contribution doit être versée à l'AGEFIPH avant le            |
| te de la déclaration : 28 02 2013 FOES  | Signature de la personne responsable<br>(Obligatoire)   |
| om de la personne responsable (Obligatoire) CABINET + (DEX) léphone de la personne responsable (Obligatoire) OD - 46 - 56 - 3   | (Congatore)   |