agefiph
ouvrir l'emploi
aux personnes handicapées

Cadre réservé à l'Agefiph
AIP N°

AIP
Aide à l'**I**nsertion **P**rofessionnelle

Formulaire de prescription de l'AIP

En vigueur pour les embauches à compter du 1er janvier 2012
A transmettre impérativement complété et signé dans son intégralité

Identification de l'employeur

Siret : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Code NAF 2008 : ☐☐☐☐☐

Raison sociale (ou nom et prénom) : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Type d'employeur : ○ Entreprise privée (hors intérim) ○ Exploitation agricole
○ Travailleur indépendant, profession libérale ○ Particulier employeur
○ Etablissement public industriel et commercial
○ Organisation professionnelle/patronale
○ Syndicat de salariés ○ Association
○ Autre, préciser : .....

Effectif salarié de l'établissement : ⌊_____⌋

L'établissement emploie-t-il des personnes handicapées ? : ○ Oui Combien ? ⌊_____⌋ ○ Non

L'établissement appartient-t-il à un groupe ? : ○ Oui Lequel ? ..... ○ Non

Accord en faveur de l'emploi des personnes handicapées :

Un accord agréé relatif à l'emploi des personnes handicapées au titre de l'article L5212-8 du Code du Travail (exonératoire de la contribution Agefiph) s'applique-t-il à l'établissement concerné ?

○ Oui, préciser : ○ accord de branche ○ accord d'établissement, d'entreprise ou de groupe ○ Non

Si oui, le quota de 6% est-il atteint ? ○ Oui ○ Non

Attention, les établissements employeurs sous accord agréé au titre de l'emploi des personnes handicapées ne sont pas éligibles à l'AIP à l'exception de ceux ayant atteint le quota de 6%

Personne à contacter : ○ M. ○ Mme ○ Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Adresse mail : .....

Responsable légal : ○ M. ○ Mme ○ Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Identification du salarié handicapé

○ M. ○ Mme ○ Mlle

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ..... /..... /.....

Adresse : .....

.....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Justificatif du statut de personne handicapée :

○ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la Cotorep ou la CDAPH

○ Titulaire d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle

○ Uniquement titulaire de l'AAH ○ Uniquement titulaire de la carte d'invalidité

○ Autre catégorie (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés...)

Dates de validité du justificatif du statut :

Valable du ..... /..... /..... au ..... /..... /..... ou ○ Attribué à titre définitif

Nature du handicap principal : ○ Déficience motrice ○ Maladie invalidante ○ Déficience visuelle ○ Déficience auditive ○ Handicap mental ○ Handicap psychique ○ Multihandicaps

Niveau de formation : ○ Niveau VI (sans formation) ○ Niveau V bis (3ème) ○ Niveau V (BEP, CAP) ○ Niveau IV (Bac) ○ Niveau III (Bac + 2) ○ Niveau I à II (Bac + 3 et plus)

Situation de la personne handicapée avant l'embauche :

○ Salarié de droit privé (hors alternance)
○ Demandeur d'emploi depuis un à deux ans
○ Sortant de CRP
○ Demandeur d'emploi depuis moins d'un an
○ Demandeur d'emploi depuis deux ans et plus
○ Sortant d'un établissement de secteur adapté/protégé (IMPRO, IME, ESAT, EA)

Contrat de travail donnant lieu à la prescription

Date d'embauche (à compter du 01/01/2012) : ..... /..... /.....

Nature du contrat : ○ A durée indéterminée

○ A durée déterminée (12 mois et plus) : indiquer la date de fin de contrat : ..... /..... /.....

Attention : l'AIP n'est pas cumulable avec un contrat aidé.

Niveau de qualification : ○ Manœuvres, Ouvriers spécialisés ○ Ouvriers qualifiés ○ Employés non qualifiés ○ Employés qualifiés ○ Agents de maîtrise, techniciens, ○ Cadres

Pièces justificatives obligatoires à transmettre :

☐ Le présent formulaire complété, signé et cacheté par l'employeur et le prescripteur :
☐ La copie du contrat de travail signé de l'employeur et du salarié handicapé
☐ La copie du bulletin de salaire du 1er mois de travail effectif ;
☐ La copie du justificatif du statut de personne handicapée (selon l'article L5212-13 du code du travail)
☐ Le relevé d'identité bancaire de l'employeur (compte professionnel)
☐ La copie de l'avis médical d'aptitude à l'embauche (volet employeur)

l'Agefiph se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives complémentaires

Partie à remplir par l'organisme prescripteur de l'AIP

○ Cap Emploi ○ Pôle Emploi ○ Mission locale ○ Autre (préciser) .....

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Nom Prénom de la personne à contacter : .....

Adresse mail : ..... Téléphone : .....

Détermination du montant de l'AIP : 2 montants possibles

Durée hebdomadaire de travail effectuée : .....heures	**Montant**	**Cocher la case**
Temps plein (durée conventionnelle)	2 000 €	○
Temps partiel (minimum 16 h[1])	1 000 €	○

Situation de la personne handicapée (cocher le critère prioritaire retenu) **:**

Agée de 50 ans et plus	○
Demandeur d'emploi ayant travaillé moins de 6 mois consécutifs dans les 24 mois précédant l'embauche	○
Sortant d'un établissement ou service du milieu protégé ou adapté	○

Pré-enregistrement téléphonique obligatoire au 0811 37 38 39

Date : .....

N° attribué (obligatoire[2]) : .....

Organisme - Signature, date et cachet

[1] Ou, dans le cas d'une durée de travail annualisée, de 720h minimum

[2] Ce numéro est obligatoire et sera exigé pour traiter la demande de financement.

Le formulaire et les pièces justificatives sont à adresser à l'adresse suivante :

Centre de traitement Agefiph
TSA 30001
41013 BLOIS

plus d'infos sur www.agefiph.fr

Obligations de l'employeur :

- L'employeur doit avoir signé (et cacheté le cas échéant) le présent formulaire.
- Pour être recevable, le présent formulaire de demande d'AIP doit être transmis à l'Agefiph **dans un délai maximal de trois mois à compter de la date d'embauche**, aucune dérogation ne sera accordée après ce délai.
- **L'employeur doit obligatoirement joindre au présent formulaire les documents justificatifs suivants :**
  - **La copie du contrat de travail signé de l'employeur et du salarié handicapé**
  - **La copie du bulletin de salaire du 1er mois de travail effectif ;**
  - **La copie du justificatif du statut de personne handicapée (selon l'article L5212-13 du code du travail)**
  - **Son relevé d'identité bancaire (compte professionnel)**
  - **La copie de l'avis médical d'aptitude à l'embauche (volet employeur)**

L'Agefiph se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

- L'employeur s'engage à signaler à l'Agefiph la rupture du contrat de travail qui interviendrait dans les 12 mois suivant sa date d'effet.
- L'employeur s'engage à produire les pièces justificatives relatives aux conditions d'exécution du contrat de travail que l'Agefiph pourrait demander dans le cadre d'un contrôle dans un délai de trois ans à compter du versement de l'AIP.

L'employeur est informé :

- qu'il sera tenu de restituer l'aide perçue dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'un courrier de mise en demeure adressé en recommandé avec accusé de réception, dans l'une ou l'autre des hypothèses suivantes :
  - Inobservation de l'une quelconque des dispositions résultant des présentes conditions générales,
  - Usage de faux ou de déclaration mensongère,
  - Obstruction de quelque manière que ce soit au contrôle mentionné ci-dessus ;
  - Rupture du contrat de travail intervenant dans les 12 mois suivant l'embauche effective.

La prescription sera validée :

- sous réserve de la production et de la conformité de l'intégralité des pièces justificatives requises, telles que mentionnées ci-dessus.
- Dans la limite des crédits budgétaires disponibles.

L'employeur déclare :

- Qu'il est à jour des versements de ses cotisations et contributions sociales ;
- Que cette embauche ne résulte pas du licenciement d'un salarié en CDI ;
- Qu'il n'a pas procédé à un licenciement pour motif économique au cours des 6 derniers mois ;
- Qu'il n'a pas fait l'objet d'un procès-verbal pour travail illégal ;
- Qu'il ne bénéficie pas pour le même salarié, d'un contrat aidé par l'Etat, une Collectivité territoriale ou l'Unedic.
- Qu'il embauche de manière effective la personne handicapée et assume à cet effet la totalité des obligations légales et réglementaires afférentes au contrat de travail.
- Que la relation contractuelle avec la personne handicapée est en cours d'exécution au jour du dépôt de la demande (la subvention ne pourra être versée si le salarié n'est plus dans l'emploi ou est en cours de préavis) ;
- Qu'il accepte la communication, à des fins d'évaluation, par l'Agefiph à des prestataires mandatés des informations contenues dans le présent dossier, ceci sans préjudice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées[3]
- Qu'il accepte la transmission par l'Agefiph à l'organisme prescripteur de l'AIP, d'informations concernant la présente demande. En cas de refus, cocher la case ☐
- Qu'il est informé de la règle de non-cumul de l'AIP avec l'AETH pour la 1ère année suivant l'embauche (tout versement de l'AETH sur cette période donnant lieu à un remboursement de l'AIP).

Nom et qualité de l'employeur : .....

Signature, date et cachet

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

[3] Les informations communiquées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique qui a obtenu l'avis favorable n° 252219 de la Commission Nationale Informatique et Liberté depuis le 21 octobre 1991. 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).

Janvier 2012 - K'Design Impression (06 07 80 63 98)

agefiph
ouvrir l'emploi
aux personnes handicapées

A conserver par
le demandeur

AIP

Notice explicative
du dossier-formulaire

Mémo

Notez ici les éléments à ne pas oublier :

Votre contact Cap Emploi, Pôle Emploi ou Mission Locale :

.....

Son numéro de téléphone : .....

Date d'envoi de votre dossier à l'Agefiph : ..... /..... /.....

Numéro de votre dossier Agefiph : .....

(il vous sera communiqué dans un courrier que vous recevrez prochainement)

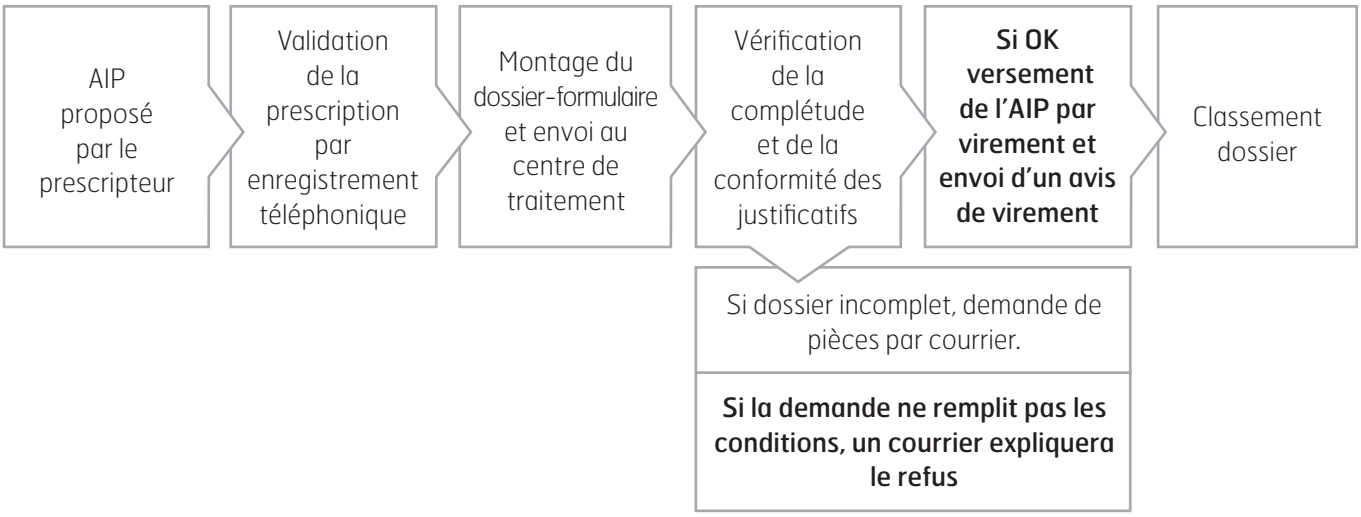
Comment se passe l'attribution de l'AIP ?

La mise en place de l'AIP doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration téléphonique par le prescripteur auprès du service gestionnaire, qui valide la prescription en attribuant un numéro d'enregistrement obligatoirement reporté sur le dossier-formulaire AIP.

Le dossier-formulaire doit ensuite être complété par l'employeur et le prescripteur, qui doivent le signer tous les deux, puis être adressé, accompagné des justificatifs mentionnés, au centre de traitement Agefiph.

A réception du dossier-formulaire par le centre de traitement Agefiph :
- nous vérifierons que votre demande remplit les conditions d'attribution.
- Si des informations ou des justificatifs manquent, nous les demanderons par courrier.

La décision vous sera notifiée par courrier : dans le cas d'un avis favorable vous recevrez un avis de virement de l'AIP; dans le cas d'un avis défavorable un courrier vous expliquera les motifs du refus.



Les décisions prises par l'Agefiph peuvent faire l'objet d'une demande de réexamen dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification de décision.
Pour être recevable, la demande de réexamen doit être motivée et doit justifier d'un fait nouveau.

Toutefois aucun réexamen d'un refus motivé par l'épuisement des crédits budgétaires ne pourra être accepté.

Comment remplir le dossier-formulaire d'AIP ?

Identification de l'employeur :

Siret Inscrire le numéro de siret (14 chiffres) identifiant l'établissement.

Code NAF 2008 Indiquer le code NAF 2008 (4 chiffres et une lettre) concernant l'activité principale de l'établissement.

Raison sociale Indiquer la dénomination sociale de l'établissement où travaille le salarié handicapé.

Adresse code postal et ville Indiquer avec précision l'adresse postale de l'établissement.

Type d'employeur Cocher la case correspondante.

Effectif salarié de l'établissement

indiquer l'effectif total salarié au 31 décembre dernier.

L'établissement emploie-t-il des personnes handicapées ?

indiquer le nombre de personnes handicapées employées au sein de l'établissement en incluant le salarié concerné par la présente demande d'AIP.

Personne à contacter indiquer les coordonnées de la personne à qui seront adressés les courriers relatifs à la présente demande d'AIP.

Responsable légal indiquer les nom et prénom du représentant légal doté de la capacité juridique.

Identification de la personne handicapée :

Nom d'usage À renseigner si différent du nom de naissance (nom d'épouse)

Prénom Indiquer le prénom courant de la personne handicapée

Date de naissance À renseigner sous forme JJ/MM/AAAA (par exemple 07/03/1965 pour le 7 mars 1965).

Justificatif du statut de personne handicapée

Cocher la case correspondant au justificatif du statut de bénéficiaire de la loi (selon l'article L5212-13 du code du travail) dont relève la personne handicapée, et en indiquer les dates de validité sous forme JJ/MM/AAAA ou cocher la case si le statut de bénéficiaire a été octroyé à titre définitif.

Nature du handicap principal Cocher « déficience motrice » dans le cas d'une maladie ostéo-articulaire, d'une affection cérébrale ou médullaire ou neuro-musculaire entraînant des troubles de la motricité notamment des membres supérieurs et inférieurs ;
« Maladie invalidante » dans le cas d'une maladie respiratoire, digestive, endocrine, infectieuse ou parasitaire ; « handicap mental » dans le cas d'une déficience intellectuelle, « handicap psychique » dans le cas d'une maladie mentale,
« Multihandicaps » dans le cas d'une association de déficiences motrices, intellectuelles voire sensorielles sévères, et entraînant une restriction importante de l'autonomie.

Situation de la personne handicapée avant l'embauche

Cocher la case correspondant à la situation vis-à-vis de l'emploi à la veille de l'embauche faisant l'objet de la demande d'AIP.
L'AIP ne s'adresse pas aux employeurs dont les salariés étaient en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation avant la présente embauche, une aide spécifique pouvant leur être attribuée sans obligation de prescription (contacter la Délégation Régionale).

Contrat de travail donnant lieu à la prescription :

Préciser la date à laquelle débute le contrat de travail.
Cocher la case correspondant au niveau de qualification du poste occupé.

Rappel : le dossier-formulaire doit être complété et signé par le prescripteur et l'employeur

N'oubliez pas de joindre tous les justificatifs demandés !

contactez-nous de 9h à 18h

0 811 37 38 39

coût d'un appel local depuis un poste fixe

www.agefiph.fr

Obligations de l'employeur :

- L'employeur doit avoir signé (et cacheté le cas échéant) le présent formulaire.
- Pour être recevable, le présent formulaire de demande d'AIP doit être transmis à l'Agefiph **dans un délai maximal de trois mois à compter de la date d'embauche**, aucune dérogation ne sera accordée après ce délai.
- **L'employeur doit obligatoirement joindre au présent formulaire les documents justificatifs suivants :**
  - **La copie du contrat de travail signé de l'employeur et du salarié handicapé**
  - **La copie du bulletin de salaire du 1er mois de travail effectif ;**
  - **La copie du justificatif du statut de personne handicapée (selon l'article L5212-13 du code du travail)**
  - **Son relevé d'identité bancaire (compte professionnel)**
  - **La copie de l'avis médical d'aptitude à l'embauche (volet employeur)**

L'Agefiph se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

- L'employeur s'engage à signaler à l'Agefiph la rupture du contrat de travail qui interviendrait dans les 12 mois suivant sa date d'effet.
- L'employeur s'engage à produire les pièces justificatives relatives aux conditions d'exécution du contrat de travail que l'Agefiph pourrait demander dans le cadre d'un contrôle dans un délai de trois ans à compter du versement de l'AIP.

L'employeur est informé :

- qu'il sera tenu de restituer l'aide perçue dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'un courrier de mise en demeure adressé en recommandé avec accusé de réception, dans l'une ou l'autre des hypothèses suivantes :
  - Inobservation de l'une quelconque des dispositions résultant des présentes conditions générales,
  - Usage de faux ou de déclaration mensongère,
  - Obstruction de quelque manière que ce soit au contrôle mentionné ci-dessus ;
  - Rupture du contrat de travail intervenant dans les 12 mois suivant l'embauche effective.

La prescription sera validée :

- sous réserve de la production et de la conformité de l'intégralité des pièces justificatives requises, telles que mentionnées ci-dessus.
- Dans la limite des crédits budgétaires disponibles.

L'employeur déclare :

- Qu'il est à jour des versements de ses cotisations et contributions sociales ;
- Que cette embauche ne résulte pas du licenciement d'un salarié en CDI ;
- Qu'il n'a pas procédé à un licenciement pour motif économique au cours des 6 derniers mois ;
- Qu'il n'a pas fait l'objet d'un procès-verbal pour travail illégal ;
- Qu'il ne bénéficie pas pour le même salarié, d'un contrat aidé par l'Etat, une Collectivité territoriale ou l'Unedic.
- Qu'il embauche de manière effective la personne handicapée et assume à cet effet la totalité des obligations légales et réglementaires afférentes au contrat de travail.
- Que la relation contractuelle avec la personne handicapée est en cours d'exécution au jour du dépôt de la demande (la subvention ne pourra être versée si le salarié n'est plus dans l'emploi ou est en cours de préavis) ;
- Qu'il accepte la communication, à des fins d'évaluation, par l'Agefiph à des prestataires mandatés des informations contenues dans le présent dossier, ceci sans préjudice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées[1]
- Qu'il accepte la transmission par l'Agefiph à l'organisme prescripteur de l'AIP, d'informations concernant la présente demande. En cas de refus, cocher la case ☐
- Qu'il est informé de la règle de non-cumul de l'AIP avec l'AETH pour la 1ère année suivant l'embauche (tout versement de l'AETH sur cette période donnant lieu à un remboursement de l'AIP).

[1] Les informations communiquées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique qui a obtenu l'avis favorable n° 252219 de la Commission Nationale Informatique et Liberté depuis le 21 octobre 1991. 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).

Janvier 2012 - K'Design Impression (06 07 80 63 98)