

Adresse de la DDTEFP à laquelle
vous devez retourner le formulaire

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

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007

(Livre III, titre II, chapitre III du Code du travail)

En raison de la mise en place de la télédéclaration, **exceptionnellement pour cette année**,
vous pouvez retourner votre DOETH à votre DDTEFP jusqu'au **28 mars 2008**
(au lieu du 15 février).

I. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

I.1. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT :

N° SIRET au 31-12-2007 :

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 31-12-2007 :

Code APE :

Enseigne :

Raison sociale

BP :

N° Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

Mot de passe Télé-DOETH :

VENTE D'ÉTABLISSEMENT DÉMÉNAGEMENT

ACHAT D'ÉTABLISSEMENT ADRESSE INCOMPLÈTE

Si l'établissement n'a pas l'autonomie de gestion, indiquez le Siret sous lequel son effectif est intégré :

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 : Prénom : Téléphone :

Télécopie : Courriel :

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

1. L'établissement a-t-il moins de 20 salariés en équivalent temps plein au 31 décembre 2007 (le nombre de salariés en CDI est apprécié à cette date ; les autres salariés sont calculés au prorata de leur temps de présence même s'ils ne font plus partie de l'effectif au 31 décembre) OUI NON Si oui, indiquez l'effectif :

2. L'établissement a-t-il fermé définitivement ? OUI NON Si oui, indiquez la date :

→ Si vous avez coché OUI aux cas 1 et 2, l'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'emploi en 2007. Le remplissage de la déclaration s'achève. Vous devez la signer en page 4 avant de renvoyer à la DDTEFP dont l'adresse figure en haut de cette page. Sinon, poursuivez ci-dessous son remplissage :

3. L'établissement a-t-il été créé en 2005, 2006 ou 2007 ? OUI NON Si oui, indiquez l'année :

4. L'établissement a-t-il passé pour la première fois le seuil des 20 salariés en 2005, 2006 ou 2007 ? OUI NON Si oui, indiquez l'année :

→ Si vous avez coché OUI aux cas 3 ou 4, l'établissement n'est pas assujéti en 2007. 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 la DDTEFP dont l'adresse figure en haut de cette page. 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. 620.10 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 2007.

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de votre établissement en 2007 (arrondi à l'entier inférieur) × 6 % =
 A (multipliez par 0,06)

Nombre de bénéficiaires que votre établissement devait employer en 2007 :
 B
 arrondir à l'entier inférieur (ignorer les chiffres après la virgule)
 exemple : 24 pour 24,3, ou 7 pour 7,94

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

IV.1. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL EMPLOYÉ DES BÉNÉFICIAIRES EN 2007 ?

OUI Si oui, reportez-vous à la « liste nominative des salariés bénéficiaires » jointe au présent document et indiquez quels sont les bénéficiaires que l'établissement a employés en 2007. 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 2007 : ,
 C
 (arrondir 2 chiffres après la virgule)

IV.2. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL SIGNÉ EN 2007 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), agréés ?

OUI Si oui, distinguez les types de contrat et le nombre d'unités qui leur sont associées. Reportez ensuite le total général ci-contre en **D**. Ce total ne peut être supérieur à 50 % de l'obligation d'emploi de l'établissement calculé en **B**. Joignez les pièces justificatives puis poursuivez le remplissage de la déclaration en **IV.3**.

Types de contrat :

Total des unités associées :

Contrats de fourniture, de sous-traitance ou de prestation de service ,

Mise à disposition de travailleur(s) handicapé(s) par des EA, des CDTD ou des ESAT ,

,
 +
 ,

Total général du nombre d'unités à retenir résultant des contrats conclus en 2007 (maximum 50 % de **B**) : ,
 D
 (arrondir 2 chiffres après la virgule)

NON Si non, indiquez 0 en **D** et poursuivez le remplissage de la déclaration en **IV.3**.

IV.3. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL ACCUEILLI EN 2007 DES PERSONNES HANDICAPÉES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ?

*Seuls les stagiaires dont le stage s'est terminé en 2007 peuvent être retenus
 La durée du stage ne peut être inférieure à 150 heures*

OUI Si oui, indiquez la durée annuelle du travail de l'établissement (en heures) :
 Additionnez le nombre d'unités que chacun des stagiaires représente (voir notice explicative page 4). Le total ne peut excéder 2 % de l'effectif d'assujettissement de l'établissement calculé en **A**. Reportez ensuite le total obtenu ci-contre en **E**.
 Joignez les conventions de stage à la déclaration et poursuivez le remplissage en **IV.4**.

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 d'handicapés au titre de la formation professionnelle en 2007 (maximum 2 % de **A**) : ,
 E
 (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 2007 ?

OUI Si oui, indiquez le type d'accord : de branche de groupe d'entreprise d'établissement

Date de l'accord :
 Jour Mois Année

Département d'accord :

Vous devez joindre à la présente déclaration l'état d'avancement du programme prévu par l'accord (voir notice explicative page 4).

→ En vertu de l'application de cet accord, l'établissement respecte son obligation d'emploi au titre de l'année 2007. Vous avez terminé le remplissage de la déclaration. Signez-la en page 4 et adressez-la à votre DDTEFP dont l'adresse figure en page 1.
 → Ne sont pas concernés par cette exonération et doivent poursuivre en IV.5 le remplissage de la déclaration, les établissements relevant d'un accord spécifique à l'emploi de travailleurs handicapés prévoyant la possibilité du versement d'une contribution annuelle (exemple : Croix Rouge française, FEHAP, SNASEA... Voir les autres accords concernés en page 4 de la Notice explicative).

NON Si non, continuez le remplissage de la déclaration ci-dessous en **IV.5**.

IV.5. L'ÉTABLISSEMENT DOIT-IL VERSER UNE CONTRIBUTION AU TITRE DE L'ANNÉE 2007 ?

Calculez à présent le nombre de bénéficiaires et/ou d'unités employés en 2007 en additionnant **C + D + E**. Déduisez le résultat obtenu du nombre de bénéficiaire(s) que l'établissement devait employer en 2007 (**B**) pour savoir si l'obligation d'emploi a été remplie.

Reportez ici le nombre de bénéficiaires que l'établissement devait employer en 2007

Additionnez ici le nombre de bénéficiaires et/ou d'unités employés en 2007

- , =
 B **C + D + 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 2007. **L'établissement n'a pas de contribution à verser. Vous avez terminé le remplissage de la déclaration.** Vous devez la signer en bas de la page 4 et la renvoyer à la DDTEFP dont l'adresse figure en page 1.

F est supérieur à 0 : l'obligation d'emploi n'a pas été remplie avec **C + D + E**. Pour remplir son obligation d'emploi au titre de l'année 2007, **l'établissement doit verser une contribution.** Pour la calculer, poursuivez le remplissage de la déclaration en **V**.

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 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 2007 le résultat obtenu en G doit être égal à celui obtenu en F.

- Valeur du coefficient de minoration
- Nombre de salariés bénéficiaires âgés de moins de 26 ans ou de 51 ans et plus au 31 décembre 2007, quelle que soit la catégorie du bénéficiaire × 0,5 = ,
 - Nombre de salariés bénéficiaires dont la lourdeur du handicap a été demandée par l'établissement et reconnue par le DDTEFP, et pour lesquels vous avez opté pour la minoration de la contribution (ou bénéficiaires(s) ayant une RQTH de catégorie C sans GRTH ou aide à l'emploi). × 1,0 = ,
 - Nombre de salariés bénéficiaires **recrutés en 2007** 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 . × 1,0 = ,
 - Si l'établissement a recruté en 2007 son **premier** salarié bénéficiaire depuis sa création, ajoutez 0,5 ,
- et indiquez ci-après le numéro de la fiche salarié dans laquelle il a été déclaré sur la « Liste nominative des salariés bénéficiaires »

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

,

Reportez ici le nombre de bénéficiaires manquants

,

F

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

,

=

Nombre de bénéficiaires manquants minoré au titre des efforts consentis par l'employeur (Si G est inférieur ou égal à 0, indiquez 0) :

,

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 2007. **L'établissement n'a pas de contribution à verser. Vous avez terminé le remplissage de la déclaration.** Vous devez la signer en bas de la page 4 et la renvoyer à la DDTEFP dont l'adresse figure en page 1.

G est supérieur à 0 : l'obligation d'emploi n'a pas été remplie. **L'établissement doit verser une contribution.** Poursuivez le remplissage de la déclaration en V2.

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-t-il des salariés exerçant des ECAP ?

OUI Si oui, recensez-les ci-dessous et indiquez pour chacun d'eux le nombre de salariés en équivalents temps plein (EQTP) qui les exercent :

Code PCS	Effectif	Code PCS	Effectif	Code PCS	Effectif
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>

Total des ECAP ,

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

(arrondir à l'entier inférieur)

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

A

× 100 =

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

, %

H

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

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

V.3. DÉTERMINATION DU COEFFICIENT CORRESPONDANT À LA TAILLE DE L'ENTREPRISE

Le calcul de la contribution dépend de la taille de l'**entreprise** dont relève l'établissement. Indiquez ci-après l'effectif total de l'entreprise en équivalent temps-plein au 31 décembre (le nombre de salariés en CDI est apprécié à cette date ; les autres salariés sont calculés au prorata de leur temps de présence même s'ils ne font plus partie de l'effectif au 31 décembre) :

- Si l'effectif de l'**entreprise** compte :
- de 20 à 199 salariés, le coefficient est de 400.
 - de 200 à 749 salariés, le coefficient est de 500.
 - 750 salariés et plus, le coefficient est de 600.

Indiquez en I le coefficient retenu puis poursuivez en V4 le remplissage de la déclaration.

Coefficient correspondant à la taille de l'entreprise

I

V. MODALITÉS DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION ET VERSEMENT (suite)

V.4. CALCUL DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION AVANT DEPENSES DEDUCTIBLES

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 V.5 :

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{} \times \text{Taux du SMIC horaire} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(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 V.5 :

1. Calculez le coefficient de minoration au titre de la part des emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières (ECAP) :

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

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

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

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{}, \boxed{} = \boxed{}, \boxed{}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

3. Calculez le montant de la contribution :

$$\boxed{}, \boxed{} \times \boxed{} \times \text{Taux du SMIC horaire} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(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" :

$$\boxed{}, \boxed{} \times 50 \times \text{Taux du SMIC horaire} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(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 V.5 :

$$\boxed{}, \boxed{} \times 40 \times \text{Taux du SMIC horaire} = \boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

V.5. L'ETABLISSEMENT A-T-IL EFFECTUE DES DEPENSES DEDUCTIBLES EN 2007 ?

Si oui indiquez le montant des dépenses déductibles. Ce montant ne peut être supérieur à 10% du montant de la contribution avant dépenses déductibles calculé en J, K, L ou M selon la situation de l'établissement. Puis, poursuivez le remplissage de la déclaration en V.6.

Si non, indiquez 0 ci-après et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.6.

$$\boxed{}, \boxed{} \text{ €}$$

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

V.6. MONTANT DE LA CONTRIBUTION APRES DEPENSES DEDUCTIBLES

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

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

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

Le remplissage de la déclaration s'achève. Joignez les pièces justificatives des minorations à l'envoi de la déclaration.

Signez la déclaration au bas de cette page et adressez-la à la DDTEFP dont l'adresse figure en page 1. Cette déclaration doit être accompagnée de la liste nominative des salariés bénéficiaires si l'établissement a employé des bénéficiaires et des pièces justifiant des modalités déclarées en IV.

Exceptionnellement pour cette année, vous pouvez verser votre contribution jusqu'au 28 mars 2008 (voir modalités du versement de la contribution dans la notice explicative en page 8).

Date de la déclaration : Jour Mois Année

Signature de la personne responsable :
(Obligatoire)

Nom de la personne responsable :

Téléphone de la personne responsable :