

## LISTE NOMINATIVE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2007

N° SIRET au 31-12-2007 :

N° :  Rue ou lieu-dit :

Raison sociale :

Code postal :  Commune :

Vous devez déclarer dans cette liste tous les salariés appartenant à l'une des catégories de bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (voir la liste des catégories de bénéficiaires en pages 2 et 3 de la notice explicative) employés par l'établissement en 2007. Vous pouvez utiliser autant de listes supplémentaires que nécessaires si votre établissement emploie de nombreux bénéficiaires.

### Doivent être recensés dans la présente liste :

- Tous les salariés bénéficiaires employés en 2007, s'ils ont été **présents au moins six mois** au cours de l'année 2007, quelles que soient la nature de leur contrat de travail (CDI, CDD), et leur temps de travail, y compris les titulaires :
  - d'un contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation),
  - d'un contrat initiative-emploi (CIE), d'un contrat jeune en entreprise (CJE), d'un contrat insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA), d'un contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS),
  - d'un contrat emploi consolidé (CEC), d'un contrat d'avenir (CAV), d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) ou, pour les DOM, d'un contrat d'accès à l'emploi ou d'un emploi-jeune.
- Les salariés bénéficiaires sous contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure. Ils doivent être pris en compte au prorata de leur temps de présence dans l'entreprise au cours de l'année 2007.
- Les salariés bénéficiaires dont les contrats de travail sont suspendus s'ils ont été **présents au moins six mois** au cours de l'année 2007.
- Les salariés bénéficiaires remplaçant d'autres salariés dont les contrats de travail ont été suspendus. Ils comptent pour une unité s'ils ont été **présents au moins six mois** au cours de l'année 2007, quelles que soient la nature et leur temps de travail, ou sont pris en compte au prorata de leur temps de présence durant les douze derniers mois (année civile) s'ils sont sous contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure.

### Doivent être exclus de la présente liste :

- Les salariés bénéficiaires en CDI, CDD ou en contrat particulier (contrat de formation en alternance, CIE, CJE, CI-RMA, CIVIS, CEC, CAV, CAE) qui ont été **absents plus de six mois** au cours de l'année 2007 (pour longue maladie, congé parental...).
- Les salariés titulaires d'un contrat emploi solidarité (CES).
- Les salariés bénéficiaires mis à disposition par une entreprise adaptée (EA), un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT). Ils doivent être décomptés en **IV.2** du formulaire principal (page 2).
- Les personnes handicapées stagiaires de la formation professionnelle accueillies par l'établissement. Elles doivent être décomptées en **IV.3** du formulaire principal (page 2).

### 1 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Année de naissance :    Sexe : H  F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 51 ans et plus cochez la case :

Date de l'embauche du salarié :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2007 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

Le salarié est-il à temps partiel (hors intérimaires) ? Oui  Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel :   %

Code PCS-ESE de l'emploi :

Intitulé de l'emploi :

**Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire**

Reconnaissance attribuée par la Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées

RQTH  AAH  Carte d'invalidité (min. 80%)

**Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT-MP  Invalide pensionné

**Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP**

(minimum 10 % et non cumulable) :   %

**Autres catégories**

Mutilé de guerre  Assimilé mutilé de guerre  Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP et **vous avez opté pour la minoration de la contribution** :

Oui  Non

RQTH C en cours de validité  (sans GRTH ni aide à l'emploi)

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision : 1 an  3 ans

**Ce salarié a-t-il été embauché en 2007, et était-il chômeur de longue durée avant l'embauche ?**

Oui  Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui  Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA  ESAT  CDTD

### Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Salarié présent en :

<input type="checkbox"/> CDI au moins 6 mois sur l'année .....	} → Compte pour 1
<input type="checkbox"/> CDD au moins 6 mois consécutifs sur l'année.....	
<input type="checkbox"/> CDD, intérim ou mise à disposition suivi d'un CDI totalisant au moins 6 mois de présence.....	} → Compte au prorata du temps de présence
<input type="checkbox"/> Intérim .....	
<input type="checkbox"/> Mise à disposition .....	

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) :

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (compte pour 1 si valable au 31/12; sinon, compte proportionnellement à sa durée de validité) :

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) :

# LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2007 (suite)

**2 Caractéristiques du salarié bénéficiaire**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Année de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : H  F   
 Si le salarié a moins de 26 ans ou 51 ans et plus cochez la case :   
 Date de l'embauche du salarié : \_\_\_\_\_  
 Le salarié est-il présent au 31 décembre 2007 ? Oui  Non   
 Si non, indiquez la date de départ : \_\_\_\_\_  
 Le salarié est-il à temps partiel (hors intérimaires) ? Oui  Non   
 Si oui, indiquez le taux de temps partiel : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %  
 Code PCS-ESE de l'emploi : \_\_\_\_\_  
 Intitulé de l'emploi : \_\_\_\_\_

**Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire**  
**Reconnaissance attribuée par la Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées**  
 RQTH  AAH  Carte d'invalidité (min. 80%)

**Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**  
 AT-MP  Invalide pensionné

**Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) :** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %

**Autres catégories**

Mutilé de guerre  Assimilé mutilé de guerre  Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP et **vous avez opté pour la minoration de la contribution** :

Oui  RQTH C en cours de validité   
 (sans GRTH ni aide à l'emploi)  
 Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision : \_\_\_\_\_  
 et la durée de la décision : 1 an  3 ans

**Ce salarié a-t-il été embauché en 2007, et était-il chômeur de longue durée avant l'embauche ?** Oui  Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?  
 Oui  Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA  ESAT  CDTD

**Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail**

Salarié présent en :

<input type="checkbox"/> CDI au moins 6 mois sur l'année .....	}	Compte pour 1
<input type="checkbox"/> CDD au moins 6 mois consécutifs sur l'année .....		
<input type="checkbox"/> CDD, intérim ou mise à disposition suivi d'un CDI totalisant au moins 6 mois de présence .....		
<input type="checkbox"/> Intérim .....	}	Compte au prorata du temps de présence
<input type="checkbox"/> Mise à disposition .....		

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (compte pour 1 si valable au 31/12 ; sinon, compte proportionnellement à sa durée de validité) : \_\_\_\_\_  
 Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**3 Caractéristiques du salarié bénéficiaire**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Année de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : H  F   
 Si le salarié a moins de 26 ans ou 51 ans et plus cochez la case :   
 Date de l'embauche du salarié : \_\_\_\_\_  
 Le salarié est-il présent au 31 décembre 2007 ? Oui  Non   
 Si non, indiquez la date de départ : \_\_\_\_\_  
 Le salarié est-il à temps partiel (hors intérimaires) ? Oui  Non   
 Si oui, indiquez le taux de temps partiel : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %  
 Code PCS-ESE de l'emploi : \_\_\_\_\_  
 Intitulé de l'emploi : \_\_\_\_\_

**Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire**  
**Reconnaissance attribuée par la Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées**  
 RQTH  AAH  Carte d'invalidité (min. 80%)

**Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**  
 AT-MP  Invalide pensionné

**Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) :** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %

**Autres catégories**

Mutilé de guerre  Assimilé mutilé de guerre  Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP et **vous avez opté pour la minoration de la contribution** :

Oui  RQTH C en cours de validité   
 (sans GRTH ni aide à l'emploi)  
 Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision : \_\_\_\_\_  
 et la durée de la décision : 1 an  3 ans

**Ce salarié a-t-il été embauché en 2007, et était-il chômeur de longue durée avant l'embauche ?** Oui  Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?  
 Oui  Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA  ESAT  CDTD

**Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail**

Salarié présent en :

<input type="checkbox"/> CDI au moins 6 mois sur l'année .....	}	Compte pour 1
<input type="checkbox"/> CDD au moins 6 mois consécutifs sur l'année .....		
<input type="checkbox"/> CDD, intérim ou mise à disposition suivi d'un CDI totalisant au moins 6 mois de présence .....		
<input type="checkbox"/> Intérim .....	}	Compte au prorata du temps de présence
<input type="checkbox"/> Mise à disposition .....		

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (compte pour 1 si valable au 31/12 ; sinon, compte proportionnellement à sa durée de validité) : \_\_\_\_\_  
 Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1) : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Additionnez les résultats obtenus pour les salariés bénéficiaires déclarés** ..... \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 (à reporter en haut de page suivante si vous avez employé d'autres bénéficiaires)

# LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2007 (suite)

Report du résultat obtenu en bas de page précédente     ,     

## 4 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Année de naissance :                Sexe : H  F   
 Si le salarié a moins de 26 ans ou 51 ans et plus cochez la case :   
 Date de l'embauche du salarié :                                
 Le salarié est-il présent au 31 décembre 2007 ? Oui  Non   
 Si non, indiquez la date de départ :                                
 Le salarié est-il à temps partiel (hors intérimaires) ? Oui  Non   
 Si oui, indiquez le taux de temps partiel :           %  
 Code PCS-ESE de l'emploi :                      
 Intitulé de l'emploi : \_\_\_\_\_

### Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

**Reconnaissance attribuée par la Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées**

RQTH  AAH  Carte d'invalidité (min. 80%)

**Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT-MP  Invalide pensionné

**Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) :**           %

### Autres catégories

Mutilé de guerre  Assimilé mutilé de guerre  Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP et **vous avez opté pour la minoration de la contribution** :

Oui  RQTH C en cours de validité   
 (sans GRTH ni aide à l'emploi)  
 Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :                                
 et la durée de la décision : 1 an  3 ans

**Ce salarié a-t-il été embauché en 2007, et était-il chômeur de longue durée avant l'embauche ?** Oui  Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui  Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA  ESAT  CDTD

### Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Salarié présent en :

<input type="checkbox"/> CDI au moins 6 mois sur l'année .....	}	Compte pour 1
<input type="checkbox"/> CDD au moins 6 mois consécutifs sur l'année.....		
<input type="checkbox"/> CDD, intérim ou mise à disposition suivi d'un CDI totalisant au moins 6 mois de présence.....		
<input type="checkbox"/> Intérim .....	}	Compte au prorata du temps de présence
<input type="checkbox"/> Mise à disposition .....		

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) :          

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (compte pour 1 si valable au 31/12 ; sinon, compte proportionnellement à sa durée de validité) :          

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1)          

## 5 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Année de naissance :                Sexe : H  F   
 Si le salarié a moins de 26 ans ou 51 ans et plus cochez la case :   
 Date de l'embauche du salarié :                                
 Le salarié est-il présent au 31 décembre 2007 ? Oui  Non   
 Si non, indiquez la date de départ :                                
 Le salarié est-il à temps partiel (hors intérimaires) ? Oui  Non   
 Si oui, indiquez le taux de temps partiel :           %  
 Code PCS-ESE de l'emploi :                      
 Intitulé de l'emploi : \_\_\_\_\_

### Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire

**Reconnaissance attribuée par la Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées**

RQTH  AAH  Carte d'invalidité (min. 80%)

**Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné**

AT-MP  Invalide pensionné

**Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP (minimum 10 % et non cumulable) :**           %

### Autres catégories

Mutilé de guerre  Assimilé mutilé de guerre  Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP et **vous avez opté pour la minoration de la contribution** :

Oui  RQTH C en cours de validité   
 (sans GRTH ni aide à l'emploi)  
 Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :                                
 et la durée de la décision : 1 an  3 ans

**Ce salarié a-t-il été embauché en 2007, et était-il chômeur de longue durée avant l'embauche ?** Oui  Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui  Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA  ESAT  CDTD

### Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Salarié présent en :

<input type="checkbox"/> CDI au moins 6 mois sur l'année .....	}	Compte pour 1
<input type="checkbox"/> CDD au moins 6 mois consécutifs sur l'année.....		
<input type="checkbox"/> CDD, intérim ou mise à disposition suivi d'un CDI totalisant au moins 6 mois de présence.....		
<input type="checkbox"/> Intérim .....	}	Compte au prorata du temps de présence
<input type="checkbox"/> Mise à disposition .....		

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) :          

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (compte pour 1 si valable au 31/12 ; sinon, compte proportionnellement à sa durée de validité) :          

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1)          

**Additionnez les résultats obtenus pour les salariés bénéficiaires déclarés** .....          

(à reporter en haut de page suivante si vous avez employé d'autres bénéficiaires)

# LISTE DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES EMPLOYÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN 2007 (suite)

Report du résultat obtenu en bas de page précédente    ,   

## 6 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Année de naissance :     Sexe : H  F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 51 ans et plus cochez la case :

Date de l'embauche du salarié :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2007 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

Le salarié est-il à temps partiel (hors intérimaires) ? Oui  Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel :  ,  %

Code PCS-ESE de l'emploi :

Intitulé de l'emploi :

### Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire Reconnaissance attribuée par la Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées

RQTH  AAH  Carte d'invalidité (min. 80%)

### Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné

AT-MP  Invalide pensionné

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP  
(minimum 10 % et non cumulable) :  ,  %

### Autres catégories

Mutilé de guerre  Assimilé mutilé de guerre  Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP et **vous avez opté pour la minoration de la contribution** :

Oui  RQTH C en cours de validité   
(sans GRTH ni aide à l'emploi)

Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision : 1 an  3 ans

**Ce salarié a-t-il été embauché en 2007**, et était-il chômeur de longue durée avant l'embauche ?

Oui  Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui  Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA  ESAT  CDTD

### Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Salarié présent en :

<input type="checkbox"/> CDI au moins 6 mois sur l'année .....	}	Compte pour 1
<input type="checkbox"/> CDD au moins 6 mois consécutifs sur l'année.....		
<input type="checkbox"/> CDD, intérim ou mise à disposition suivi d'un CDI totalisant au moins 6 mois de présence.....		
<input type="checkbox"/> Intérim .....	}	Compte au prorata du temps de présence
<input type="checkbox"/> Mise à disposition .....		

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) :  ,

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (compte pour 1 si valable au 31/12; sinon, compte proportionnellement à sa durée de validité) :  X  =

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1)    ,   

## 7 Caractéristiques du salarié bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Année de naissance :     Sexe : H  F

Si le salarié a moins de 26 ans ou 51 ans et plus cochez la case :

Date de l'embauche du salarié :

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2007 ? Oui  Non

Si non, indiquez la date de départ :

Le salarié est-il à temps partiel (hors intérimaires) ? Oui  Non

Si oui, indiquez le taux de temps partiel :  ,  %

Code PCS-ESE de l'emploi :

Intitulé de l'emploi :

### Type de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire Reconnaissance attribuée par la Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées

RQTH  AAH  Carte d'invalidité (min. 80%)

### Victime d'accident du travail, de maladie professionnelle ou invalide pensionné

AT-MP  Invalide pensionné

Pour les AT-MP, indiquez le taux d'IPP  
(minimum 10 % et non cumulable) :  ,  %

### Autres catégories

Mutilé de guerre  Assimilé mutilé de guerre  Sapeur pompier volontaire

La **lourdeur du handicap** a été demandée par votre établissement pour ce salarié. Elle a été acceptée par la DDTEFP et **vous avez opté pour la minoration de la contribution** :

Oui  RQTH C en cours de validité   
(sans GRTH ni aide à l'emploi)

Non

Si oui, précisez ensuite la date de la décision :

et la durée de la décision : 1 an  3 ans

**Ce salarié a-t-il été embauché en 2007**, et était-il chômeur de longue durée avant l'embauche ?

Oui  Non

Le salarié bénéficiaire a-t-il été recruté à la sortie d'une entreprise adaptée (EA), d'un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ou d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ?

Oui  Non

Si oui, indiquez la nature du placement antérieur : EA  ESAT  CDTD

### Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Salarié présent en :

<input type="checkbox"/> CDI au moins 6 mois sur l'année .....	}	Compte pour 1
<input type="checkbox"/> CDD au moins 6 mois consécutifs sur l'année.....		
<input type="checkbox"/> CDD, intérim ou mise à disposition suivi d'un CDI totalisant au moins 6 mois de présence.....		
<input type="checkbox"/> Intérim .....	}	Compte au prorata du temps de présence
<input type="checkbox"/> Mise à disposition .....		

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) :  ,

Validité de la reconnaissance du bénéficiaire (compte pour 1 si valable au 31/12; sinon, compte proportionnellement à sa durée de validité) :  X  =

Valeur à retenir pour le calcul de C (maximum 1)    ,   

**Additionnez les résultats obtenus  
pour les salariés bénéficiaires déclarés** .....    ,   

(à reporter sur une première liste supplémentaire si vous avez employé d'autres bénéficiaires)